

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL


**GRUPOS TERAPÊUTICOS NO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E  
TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO: UMA FORMA DE  
RESSOCIALIZAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Departamento de  
Serviço Social da Universidade  
Federal de Santa Catarina, para a  
obtenção do título de Assistente  
Social orientado pela professora  
Jucília Vieira de Castro.

**DENISE LORENCINI**

**Florianópolis,  
Abril de 2002.**

*Defendido em:  
23/04/02*

  
**Prof.<sup>ra</sup> Krystyna Matys Costa**  
Chefe do Depto. de Serviço Social  
CSE/UFSC

## **AGRADECIMENTOS:**

Dedico este trabalho à memória de minha avó Ismênia que no meio desta caminhada, precisou nos deixar, indo para o plano espiritual e que, tenho certeza, lá onde está, é feliz.

À Deus, meu criador pela sua infinita bondade e por estar sempre ao meu lado iluminando meus passos.

Aos meus pais, Paulo e Regina Lorencini, pelo sacrifício que fizeram em prol da minha educação, pela amizade, pelo amor, pelas orações e por acreditarem na minha vitória: À vocês, que mesmo de longe me acompanharam e me disseram palavras de coragem e amor. Todo o meu respeito e orgulho por serem meus pais.

Aos meus irmãos pelo amor, pela união mesmo distante ajudaram no meu caminhar torcendo pelo meu sucesso.

Aos meus avós paternos Luiz e Norma Lorencini, pelo exemplo de vida e amor incondicional.

Às minhas tias Vera e Rita, pelo apoio sempre. Obrigado!

À minha orientadora professora Jucilia Vieira de Castro, por me incentivar e ajudar-me na concretização de mais um objetivo em minha vida, direcionando-me para esta caminhada.

À todas as pessoas portadoras de distúrbios psíquicos que conviveram comigo mostrando-me o verdadeiro sentido de ser que cada um de nós apresenta. Seus testemunhos estarão sempre presentes na minha vida.

Ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (H.C.T.P) e aos funcionários que se mostraram sempre receptivos e disponíveis durante o desenvolvimento deste estudo.

À Roseana da Silva assistente social do Presídio Masculino de Florianópolis, pelo convite para iniciar minha primeira experiência de estágio, possibilitando-me viver uma rica experiência, contribuindo para o meu crescimento profissional.

À querida amiga Cristina Puluceno de Oliveira (Cris), um carinho especial por você que partiu comigo em busca deste sonho compartilhando todas as fases deste processo de crescimento, foi difícil, mas consegui.

As minhas amigas de fé: Ana Letícia da Rosa, Ana Jaqueline Jacinto, Daniella Oreano Lopes, Fabiana Audino, Giuliana Audino, Monique Santos Pires, Ruth Ingrid Selvequim, pela amizade sincera.

À todas as pessoas que de algum modo contribuíram para a realização deste estudo.

À página mais bonita em qualquer etapa de nossas vidas é, sem dúvida, aquela em que podemos registrar o apoio recebido com um simples obrigado!

À vocês meus sincero reconhecimento, meu amor.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>04</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>1.0 RESGATE HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL</b>	<b>06</b>
1.1 O sofrimento mental e sua história	06
1.2 A doença mental dentro do contexto social vista pela antropologia social	15
1.3 A grande discórdia: hospitais psiquiátricos x prisão	13
1.4 O doente mental e o direito	22
1.5 Das medidas de segurança	24
1.6 Direito dos internados	28
1.7 Direitos do hospital de custódia e tratamento psiquiátrico	29
1.8 <i>Considerações sobre a reforma da assistência psiquiátrica no Brasil</i>	29
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>2.0 ANTECEDENTES HISTÓRICOS</b>	<b>33</b>
2.1 A instituição (H.C.T.P)	33
2.2 Objetivos gerais da Instituição	34
2.3 Modo de funcionamento	34
2.4 O paciente internado	36
2.5 Recursos humanos	37
2.6 Recursos materiais	38

<b>2.7 O serviço social dentro da instituição</b>	<b>39</b>
<b>2.8 Objetivos do serviço social</b>	<b>40</b>
<b>2.9 Atividades desenvolvidas pelo serviço social</b>	<b>41</b>

### **CAPITULO III**

<b>3.1 Situando a Pesquisa</b>	<b>43</b>
<b>3.2 Estágio: Uma experiência acadêmica com pacientes</b>	<b>45</b>
<b>3.3 Perfil do usuário</b>	<b>48</b>
<b>3.4 Procedimentos metodológicos para a ressocialização em grupos terapêuticos</b>	<b>49</b>
<b>3.5 Participação dos pacientes no grupo terapêutico na visão dos portadores de transtornos mentais</b>	<b>50</b>
3.5.1 Participação dos pacientes no grupo terapêutico	50
3.5.2 O uso de medicamentos	51
3.5.3 O significado de “estar no H.C.T.P.”	52
3.5.4 Expectativas da “alta hospitalar”	53
3.5.5 A importância da educação na saúde	53

<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>57</b>
-----------------------------	-----------

<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>59</b>
-----------------------------------	-----------

<b>ANEXOS</b>	<b>61</b>
---------------	-----------



## INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo apresentar a experiência de estágio desenvolvido no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (H.C.T.P), no período de março a maio de 2001, como uma prática vivenciada e supervisionada com grupos de pacientes com sofrimentos psíquicos agudos.

Durante este período, acompanhamos o tratamento psiquiátrico desse grupo e observamos que não era apenas o fator biológico que os deixava doentes. Mas, também fatores relacionados a valores sociais. Foi a partir da convivência com este grupo que surgiu a idéia de escrever sobre a exclusão, buscando compreender o processo saúde – doença mental e como as relações sociais contribuem para este processo.

Foram vários motivos que me levaram a trabalhar com grupos terapêuticos; o sofrimento psíquico, discriminação, sua saúde, partindo de conversas informais com esses pacientes, nas quais apresentavam seus depoimentos, demonstrando muita mágoa ao se referirem a doença e sua exclusão nos hospitais.

No primeiro momento será apresentado um breve histórico sobre a saúde mental, desde a antiguidade até o momento em que o individuo é rotulado como doente mental. Sendo que através do isolamento perde a oportunidade de partilhar a vida publica, tornando-o um paciente excluído, sempre dependente, e a inversão dessa condição vai além das conquistas no campo jurídico e constitucional pressupondo-se uma transformação psiquiátrica.

Neste contexto, observamos a profundidade das conseqüências desse processo de institucionalização que destrói gradativamente as relações do doente com a sociedade, levando-o à perda da identidade, de sua cidadania, causando-lhes danos, muitas vezes, irreversíveis.

No segundo momento, falarei sobre o hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, a importância da equipe interdisciplinar, ou seja, como funciona esta equipe para a realização de um tratamento adequado a esses sofredores psíquicos, através dos grupos terapêuticos, esclarecendo o papel de cada profissional, em destaque o Serviço Social.

O terceiro capítulo tratará da contextualização do nosso processo de formação profissional e durante o período de estágio, avaliando as atividades exercidas pelo Serviço Social, mostrando o resultado da pesquisa e a análise dos dados coletados.

## **I RESGATE HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL**

### **1.1 O Sofrimento mental e sua história**

A saúde mental trafega no curso histórico em um diagrama de avanços ou retrocessos dependentes do contexto político, econômico e científico, vivenciado desde o princípio da humanidade.

Quando falamos em doença mental precisamos sempre efetuar uma síntese de pensamentos a respeito do comportamento humano (causas e efeitos) sendo elas muito complexas e abrangendo muitos elementos, fatos e circunstâncias que foram evoluindo ao longo dos séculos. A saúde mental é a condição que permite o desenvolvimento ótimo, físico, intelectual e emocional, do indivíduo, na medida em que é compatível com os outros indivíduos.

A doença mental é compreendida como sendo a manifestação de: alterações dos pensamentos de linguagem, motricidade, emotividade, raciocínio, lucidez, orientação, resposta e atitude, dentre outros, doença esta, que sempre esteve presente na história da humanidade evoluindo em valores científicos e sociais.

O efeito desta doença é devastador do aspecto humano no que se concerne ao pensamento, emoção e expressão. Manifestando a perda do sentido de realidade e incapacidade de distinguir entre as experiências reais e o imaginário, vive em constante agonia devido aos sintomas da doença, tendo alucinações, delírios que se confundem com a realidade, apresentam humor que oscila de modo imprevisível, idéias incrivelmente móveis ou absolutamente ausentes, gestos discordantes do conjunto do comportamento, tendo ações contraditórias, atos anti-sociais. Não existe vislumbre de cura, porém com o tratamento adequado, pode reduzir significativamente os sintomas e as reincidências de surtos, permitindo as pessoas portadoras de transtornos mentais exercer suas funções de modo mais satisfatório e apropriado, levando uma vida relativamente normal. **“A saúde, tal como enfermidade, é relativa. Não existe um indivíduo tão sadio que não possa ser melhorado...”**.

“De outro lado, não há nenhum indivíduo enfermo, escassamente desenvolvido e com falhas funcionais, que não possua faculdades aplicáveis a fins úteis, o que dá ao indivíduo a oportunidade de sentir-se melhor e estabelecer vínculos mais fortes com a sociedade em que vive...”.

Tal relatividade da saúde e da enfermidade nos converte, a todos, numa só comunidade.

Desde os primórdios, a loucura esteve ligada ao mal, ao fantástico, às influências malignas, o que levou a humanidade a associar ao sobrenatural a causa da manifestação das enfermidades mentais.

Na idade média, o homem buscou explicações sobre tudo que não podia ser entendido, principalmente entre os séculos XIV e XV onde o homem queria domar a natureza.

A loucura era vista com algo místico (espiritual) e o “louco” participava do cotidiano sem ter quaisquer diferenças. Apareceu então a religião, que segundo Chauí (op.cit.:308), tinha como finalidade à procura de explicações para tudo àquilo que não podia ser entendido:

“Proteger os seres humanos contra o medo da natureza...”.  
 “Dar aos humanos um acesso às verdades do mundo...”.  
 “Oferecer aos humanos a esperança de vida após a morte...”.  
 “Oferecer consolo aos aflitos...”.  
 “Garantir respeito às normas...”.

Nesse período o comportamento humano considerado “normal” passou a ser determinado pela igreja, assim sendo representado pelo “bem” e determinado por “Deus”.

Há ainda hoje quem explique fatos naturais como provenientes da vontade direta de Deus.

Criaram-se com isso a instituição do Miraculoso (milagroso) tendo suas raízes em instituições que se localizavam nas igrejas;

Nestes recursos estavam incluídos espancamentos, açoites, contenção através de correntes e o aprisionamento em masmorras com a intenção de que este mal não contaminasse o restante da população. Acreditavam que estavam tomados pelos demônios e sofriam de insanidade mental, pois haviam ofendido aos Deuses, desta forma expunham-se e exorcizavam-se em público. Todavia todo comportamento contrário aos desígnios da fé, era considerado mal e não era “Demonstração de Afeto de Deus” e sim de seu adversário “O Demônio”, havendo a necessidade de expulsá-lo através de recursos que purificassem o corpo e a alma. Segundo Chauí (1997:308), **“O sagrado passou a dar sentido ao tempo, ao espaço e aos seres que, aí, nascem, vivem e morrem...”**

Historicamente, toda a linha percorrida em termos de doença mental no Brasil, deu-se de forma rejeitada e recusada pela sociedade, isto, desde a época que a igreja passou a dominar o conhecimento. Segundo Holmes (1997:26) **“Essa fase ele se refere há ‘demonologia’ sendo ela nada mais que a crença de um comportamento anormal, causada por forças sobrenaturais que assumem o controle da mente e do corpo”.**

Essas crenças eram completamente aceitáveis, tendo em vista que naquela época fenômenos como “incêndios e inundações, também eram causadas por forças sobrenaturais”.

A religião dominou (500 a 1500d. c) nessa época era entendido que todas as pessoas possuídas pelo demônio deveriam ser apedrejadas ou torturadas de modo violento. A igreja não fazia diferença entre: “doentes mentais, bruxas e possuídos” assim todos eram queimados vivos. Sobre isso, Holmes (1997:26) afirma que **“Os indivíduos perturbados eram vistos como ameaças para a sociedade e mortos em uma tentativa de proteger os outros...”**.

Os seres humanos eram submetidos a diferentes situações brutais de violência com o argumento de que era medida de proteção, tendo origens antigas. Esses foram os tratamentos dados aos primeiros cristãos.

Começam a surgir nessa época as primeiras explicações fisiológicas.

Hipócrates (460-377d. c) considerado o “pai” da medicina afirma que o cérebro é o órgão responsável pelas alterações mentais, foi quem primeiro buscou as causas das

doenças fora do misticismo, sendo influenciado pela corrente racionalista dos filósofos gregos e das escolas médicas das nações vizinhas. Este negava a intervenção dos Deuses e demônios no desenvolvimento da doença e afirmava que as perturbações mentais tinham causas naturais e exigiam tratamento como outras doenças.

No período do Renascimento, segundo MELLO e COSTA (1993:15), três foram os acontecimentos que marcaram as grandes transformações na comunidade Européia e com isso no mundo:

'A Grande Fome' (1315-1317)  
'A Peste Negra' (1347-1350)  
'A Guerra dos Cem Anos' (1337-1453)".

Ocorreu o desequilíbrio no sistema feudal, sendo que neste tipo de sistema não existia nenhuma coleção de leis universais aos quais o homem pudesse ter acesso aos direitos de igualdade na sociedade.

As instituições, aos quais os sujeitos estavam inseridos decidia que o tipo de justiça deveria se ter e de que maneira a sociedade poderia participar.

Sangrentas rebeliões conhecidas como "**JAQUEIRAS**" ocorreram entre os camponeses arruinando as propriedades. Deu-se início ao sistema de arrendamento em dinheiro. Nesse período as intensas pressões ocorridas na economia levaram a burguesia, a nobreza e o clero a se unirem em busca de novos horizontes".

Deu-se então início as grandes navegações. O mundo começa a se interligar, tendo como resultado a revolução comercial, e esta, por sua vez, desencadeou a revolução industrial este acontecimento foi um movimento de caráter social e político, por meio do qual uma grande parte do povo procurou suas conquistas.

A igreja não permitia que houvesse divergência às normas sociais estabelecidas, buscando garantir, assim, seu domínio absoluto. No momento em que a estrutura produtiva social começou a ser questionada, pelo renascer do comércio, pelo crescimento da ciência, pelo questionamento de crenças seculares, entre outros movimentos, insiaura-se uma grande perseguição aos que desafiavam seus "dogmas".

De Acordo com MELLO e COSTA (op. cit: 31): **“O intercâmbio cultural originado do contato entre as diferentes comunidades através da navegação fez reconhecer o próprio valor cultural da Europa”.**

Vários foram os representantes notáveis na arte, na literatura e na filosofia. A mais notável obra que retratava algo “incomum” do inconsciente, de acordo com Frei José De Siguenza era “O Mestre do Monstruoso” do pintor Jerônimo Bosch, **“Só ele tem a ousadia de pintar o homem tal como é, não é por fora, mas por dentro”.**

Bosch pintava formas humanas deformadas, sendo este um movimento artístico e literário, de origem francesa, tendo um processo de trabalho puro, capaz de dar liberdade às emoções subconscientes sem o controle do consciente ou da razão.

É importante por em evidência que a sociedade Medieval, um pouco antes de Bosch, por força da igreja, estava caracterizada da seguinte maneira: o método pertencente à igreja forma um só corpo, mas a separação da sociedade compreende três leis.

A lei humana distingue duas condições nobres – que são os guerreiros, os protetores da igreja, livres defendem a todos os homens do povo, grandes ou modestos, e também a si mesmo.

A outra classe é dos não-livres: estes nada possuíam sem sofrimento.

Nenhum homem livre era capaz de viver sem eles. Portanto a cidade de Deus, que se crê única, esta dividida em três determinações: alguns rezam, outros combatem e outros trabalham.

Com a revolução industrial, a loucura passou a ser compreendida pela razão, ou seja, numa sociedade onde todos deveriam fazer parte do processo produtivo, o portador de transtornos mentais era visto como inadaptável, e um perturbador da lei que estava em vigor. Nesse período ocorre uma brusca mudança e o mundo da loucura passa a ser o mundo da exclusão.

Originam-se os hospitais gerais, lugares destinados à afastar loucos, mendigos, velhos, inválidos, ladrões e outros, não havendo na realidade, qualquer processo de combate a enfermidade. Seu objetivo era unicamente o de isolar e excluir.

A sociedade era àquela época estamental. O indivíduo nascia imposto a uma realidade, que lhe era própria, e não tinha a menor possibilidade de mudar. O que nascia servo morria servo. O nobre morria nobre e ao homem não era permitido agir de maneira diferente aos ensinamentos que “Deus” lhe determinava. Assim, todas as vezes que alguém se rebelava contra esse sistema (fechado), era considerado, possuído pelo demônio ou louco e teria justificada a sua morte na fogueira.

É provável que Bosch pintava exatamente essa loucura. O homem se rebelando contra “Deus” e buscando a liberdade. Na tela da qual o título é “Jardim das Delícias Terrenas”, o pintor desenha figuras humana, em sua maioria, em prática de sexo livre. Em outros tantos pontos da tela as pessoas são introduzidas em algum objeto, numa demonstração de que o homem se encontrava, àquela época, totalmente reprimida sexualmente.

De um lado a idéia de um homem portador de um universo interior e do outro, a idéia do comportamento em busca do prazer e da recompensa.

Nesse período, o portador de transtornos mentais era submetido a um controle, tanto social quanto moral. Havia a concepção de que a “cura” se dava criando nele um sentimento de culpa, dependência, humildade e reconhecimento, que constituía a base moral da família.

Quando o “louco” não tinha qualquer investimento curativo não havia expectativas de retornos de investimento e muitos acabaram morrendo devido aos maus tratos, desnutrição e doenças infecciosas.

Em torno dos “loucos” constituía-se um círculo invisível de julgamento moral, sendo que, procuravam diminuir suas pretensões ( vaidades), negar seus delírios, seus erros, suas ilusões e tornar sem importância seu modo de ser. Qualquer desvio em relação a sua conduta moral devia ser observado e seguido de punição imediata.

Depois de algum tempo percebeu-se que pessoas perturbadas mentalmente necessitavam de atendimento e não de exorcismo ou condenação.

Em 1547, o hospital Saint Mary of Bethlehem, em Londres, foi dedicado ao cuidados de pessoas com doença mental. Segundo Holmes (op.cit:30) esses ‘cuidados’ não



descreviam bem o que era oferecido naquela época. “Os asilos eram mais uma prisão do que um hospital, as condições eram horríveis, os pacientes eram algumas vezes acorrentados, e vez por outra, de maneira que não podiam dormir”.

Noutras ocasiões eram presos pelas correntes a grandes bolas de ferros, sendo expostos ao publico que pagavam para vê-los, servindo como distração.

Em 1792 surge **Philippe Pinel**. Ele teria libertado os insensatos à razão de séculos de incompreensão e de mal-tratos rompendo com a tradição demonológica da loucura e configurando-a como doença mental. Ordenando que os pacientes fossem liberados das correntes desalojando-os dos seus calabouços, num hospital em Paris, providenciou que fossem renovadas as instalações e retirada as correntes com isso, os pacientes ficaram mais calmos e o ambiente se tornou mais agradável. Sobre isso afirma Holmes (1997:28)

“Esses infelizes eram outrora subtraídos aos olhares do público, banidos da sociedade, encerrados nos calabouços. Quando Pinel rompeu as cadeias dos insensatos, uma nova era começa para os alienados. Estes infelizes foram tratados como doentes, se tornaram os objetivos de um interesse especiais; as prevenções diminuíram, a esperança de obter sua cura ganha os corações, reclama-se os socorros da medicina”.

Na Inglaterra, na mesma época, surge William Tuke membros de um grupo de moralistas religiosos, os Quakers. Eles abriram um retiro numa propriedade rural, pois achavam que ar fresco e descanso serviam como terapia.

Benjamin Rush considerado “o pai da psiquiatria norte-americana” introduziu, um tratamento humanitário no hospital Pennsylvania em 1783.

Entre 1841 e 1881, Dorothea Dix, professora de primeiro grau, comandou uma eficaz campanha para alertar a população sobre os maus tratos, a violência, que os pacientes eram submetidos em hospitais lotados, imundos, tornando-se lugares inabitáveis resultando em altos índices de mortalidade. Durante sua luta conseguiu dinheiro e criou 32 hospitais psiquiátricos.

Em meados do século XVII ocorre brusca mudança: o mundo da loucura passa a ser o mundo da exclusão, as pessoas eram internadas em função do seu comportamento diante a moral social que se tinha na época.

A partir do século XVIII criam-se casas de internação destinadas aos portadores de transtornos mentais, passando estes a serem tratados pela psiquiatria. A medicina então se apropria da "loucura", como seu objetivo de conhecimento. "A loucura" ganha valor de doença. Cabe destacar que nesse período rompeu-se com as práticas repressivas e de coerção física, mas não em seu aspecto moral, onde era negado ao portador de transtornos mentais a sua condição humana.

Cria-se uma clinica das enfermidades mentais e uma concepção de terapêutica: o louco, como qualquer doente, necessita de cuidados, de apoio e de remédios. Cria-se um corpo de conceitos, o asilo é criado, tornando-se o lugar adequado para a realização desta cura.

A exclusão social sempre existiu em toda trajetória histórica da humanidade

A partir do século XIX, surge a crença de que comportamento anormal poderia se ter causas psicológicas, a loucura começa a ser enquadrada ao conhecimento científico. Acreditavam que esse comportamento anormal era fruto de um desequilíbrio do "líquido magnético". O tratamento consistia em colocar um grupo de pacientes ao redor de uma enorme banheira contendo líquido magnético, e em seguida, ao som de música, estes se tocavam nas partes que eram afligidas, com hastes de ferro retiradas de dentro da banheira. Na sequência da sessão, alguns começavam a tremer, os membros contraíam-se convulsivamente, então gemiam, gritavam, choravam e no fim alguns dançavam de maneira selvagem ou dormiam. A crise continuaria por algum tempo, quando então alguns pacientes se acalmavam e ficavam livres do sintoma. No entanto a comunidade científica da época condenou esta técnica que foi criada por Mesmer e este foi taxado como charlatão e proibido de clinicar.

Conforme Holmes (1997:30), diversas eram as tentativas de tratamento fisiológico para o comportamento anormal, porém sem eficácia.

Esquizofrênicos eram amarrados em cadeiras giratórias e gaiolas móveis até que perdessem os sentidos.

Ou eram submetidos a banhos quentes e frios para refrescar seus espíritos ou suas fibras: era-lhes injetado sangue fresco para renovar a circulação perturbada, procurando provocar nele impressões vivas para modificar o curso de sua imaginação. Entretanto no início dos anos 50, químicos franceses trabalhavam na produção de anti-histamínicos, para tratamento de alergia e asma, percebeu-se que ocorria um efeito colateral.

Indivíduos normais submetidos ao anti-histamínicos, apresentavam uma tendência à sonolência. Aplicou-se então. Em pacientes esquizofrênicos, uma versão mais forte de anti-histamínicos e este se tornaram mais calmos, sua confusão cognitiva (conhecimento) foi reduzida e o comportamento ficou mais normal, quer dizer, não perturbavam a ordem social.

A partir desse resultado formas mais poderosas de anti-histamínicos foram produzidas e adaptadas para o uso em pessoas esquizofrênicas.

Com essa descoberta os hospitais ficaram mais calmos, o que possibilito, ao invés da contenção, o tratamento dos pacientes de modo satisfatório e apropriado.

Muitos pacientes passaram a receber a medicação e conseguiram ter um convívio saudável familiar. Outro fator importante foi que as causas do comportamento anormal passaram a ser pesquisadas de outras maneiras, passaram a estudar por quais drogas o cérebro era afetado e assim poderiam determinar o que no cérebro causara o comportamento anormal.

Segundo Holmes (1997:29):

“O interesse em explicar a psique no início do século XIX foi, porém, mais definido que qualquer desses esforços anteriores na psicologia. Sua intenção e seu resultado foram tornar a psiquiatria parte integrada do resto da medicina”.

Nessa ordem de análise tudo se torna muito fácil: é evidente o processo de resistência da humanidade às trevas do seu mundo interno. Segundo Cabral e Nick

(1998:26), ***“anormalidade é um desvio mais ou menos extremo e prejudicial das condições normais de equilíbrio, integração e ajustamento, tendo como causas direta ou indireta fatores patológicos”***.

Assim a linguagem daquele que perdeu a razão desaparece, pois a loucura torna-se despojada com suas tendências, surgidas no início do século XX, através da exclusão total da perda da identidade e da cidadania. Com isso o indivíduo portador de transtornos mentais torna-se improdutivo no sistema capitalista. Pertencem a um grupo sem voz ativa na sociedade, sendo discriminados, fadados ao internato mantidos em instituições conhecidos hoje, como: “Hospitais Psiquiátricos, antigos Manicômios Judiciários”.

Essas instituições caracterizam por não apresentar tratamento eficiente e prover lucros trazendo consigo o papel de reguladora do controle moral e social, sendo que sua manutenção vem ao encontro da ideologia do capital.

## **1.2 A doença mental dentro do contexto social vista pela antropologia social**

Neste recorte o comportamento considerado anormal é fornecido pela Antropologia Social, visando o homem e suas manifestações culturais em qualquer época e em qualquer lugar dentro, do contexto histórico.

A cultura é uma força penetrante e continua que influencia e molda a vida dos seres humanos de maneira significativa, especialmente com respeito a comportamento de cuidado e saúde.

A loucura não é categoria epidemiológica ou clínica, é categoria antropológica e sociológica, capaz de dar conta daquilo que uma sociedade não identificou como sua imagem idealizada.

O sistema social tem como critério de saúde mental e integração do indivíduo na cadeia produtiva; a perda ou a inadaptação ao trabalho é geralmente o que determina a internação de um indivíduo como “louco”. Para Merton (op.cit204-5)

“A estrutura social é ativa, todo homem nasce para ser útil produtor de ações motivacionais que não estão preparadas no conhecimento fundamental (na essência) ocorridas dentro do corpo do homem, produzindo impulsos e provocando o surgimento do comportamento desviante.

Assevera que dentre os elementos da estrutura social, dois são de elevada importância para o desenvolvimento do “comportamento socialmente desviado”. O primeiro consiste em objetivos culturalmente definidos de intenção e interesses mantidos como objetivos legítimos para todos os indivíduos da sociedade.

Sendo que o grau de integração é empírico e está ordenado em hierarquia de valores, que define, regula e controla. Constituindo dessa maneira um tipo de cultura mal-integrada pois consiste em julgar como é “certo” ou “errado”, “feio”, ou “bonito”, “normal” ou “anormal” os comportamentos e as formas de ver o mundo a partir dos próprios padrões culturais.

Nestas condições a sociedade estaria “doente”, instável, em situação de anomie, este conceito extrapola para uma patologia social.

Cria a expressão anomia para designar uma pessoa doente sem necessariamente fazer parte de uma sociedade em anomie. Todavia fica bastante evidente que o desequilíbrio dos valores sociais, objetivos e meios, provocam o surgimento do indivíduo doente”.

Já para Holmes (op.cit:31)

“O comportamento anormal possui dois aspectos, considerando o indivíduo como base, o foco é o sofrimento, assim os indivíduos são definidos como anormais quando estão: ansiosos, deprimidos, insatisfeitos ou de outro modo seriamente perturbados.

O segundo foco é a incapacidade do indivíduo. Assim, ‘os indivíduos são considerados como anormais quando não são capazes de funcionar pessoal, social, fisiológica ou profissionalmente’. Em outras palavras, a anormalidade é definida em termos de felicidade e eficácia”, sem contudo considerar o que “os outros pensam sobre ele”. Considerando como base a cultura o foco é o desvio da norma. Assim “o grau no qual os indivíduos se desviam de normas culturais” Esta será anormal se a maioria das pessoas não alucinam. Quanto a essa realidade não podemos deixar de considerar que a normalidade varia de uma cultura para outra”.

Segundo Holmes (op.cit32),

“Assevera que normalmente as pessoas se referem ao comportamento anormal como reflexo de doença mental, e que, o conceito de doença mental implica em que há algo errado com o indivíduo, de modo que ele precisa ser “tratado”.

Entretanto alguns acham que doença mental é um mito o autor afirma que não há tal “coisa” e os indivíduos não precisam ser tratados.

Três pontos baseiam tal crença:

‘Comportamento anormal é simplesmente um comportamento diferente’

‘O indivíduo pode ter uma crença incomum’

‘É devido a algo errado na sociedade’.”

Essas propostas apontam para o risco que o rótulo de comportamento anormal poderia trazer.

Poderia encorajar implicitamente as pessoas com comportamento desviante “anormal” aliviar “da responsabilidade” pelo comportamento, se atribuímos comportamento desviante à doença, podemos ignorar e não trabalhar sobre fatores sociais como pobreza e estresse, de quem pode causar comportamento anormal.

Se o conceito de doença mental está errado, por que ele dá uma explicação tão popular para o comportamento?

De acordo com Holmes (1997:32):

“Aqueles que apontam para o mito, alegam que esse fato se dá porque é uma ‘maneira conveniente’ para lidar com ‘pessoas que nos perturbam’.

Coloca-los “fora de nossa vista” e ‘fora de nossa mente’. Para evitar a ‘responsabilidade’ da difícil tarefa de ‘mudar a sociedade’.”

Mas o que seria então a doença mental um mito ou realidade?

Holmes acredita que este ponto de vista tem seus méritos

Existem algumas “formas sérias de comportamento que resultam de fatores ambientais ao invés de doença”. E cito como exemplo

“O transtorno psicótico breve envolvendo alucinações, delírios e uma ruptura dos processos de pensamento, porém, em muitos casos, o transtorno é considerado como uma reação a um estresse avassalador e os sintomas se dissiparão quando o estresse for reduzido, independentemente de o indivíduo receber ou não tratamento”.

O autor sugere que poderia haver uma deficiência na amplitude de doença mental, e traz os seguintes exemplos “se uma criança está apresentando dificuldade em aritmética, poderia ser diagnosticada como sofrendo de transtorno matemático...”, “Se você

está indevidamente preocupado em relação a sua aparência, você poderia ser diagnosticado como sofrendo de transtorno dismórfico”.

O autor pergunta se estas são realmente doenças psiquiátricas, e sugeri que o “sistema é abusado” ou “falha” e como consequência as pessoas são encarceradas em hospitais de “forma injustificada” ou por “engano”. Mas o autor persevera que também existem “sérios e debilitantes sintomas dos quais estas pessoas sofrem e não são consequências de sugestão e não estão sob controle voluntário. Claramente alguns indivíduos estão doentes”.

Contudo, entre o que é aceitável como comportamento normal e o anormal pode haver o crime, tentando introduzir a ordem onde só há desordem.

### **1.3 A grande discórdia: Hospitais Psiquiátricos X Prisões**

A palavra hospital vem do latim “*hospes*”, que significa hóspede, deu origem a “*hospitalis*” e “*hospitium*” que designava lugar onde se hospedavam na antiguidade, além de enfermos, viajantes e peregrinos’.

Entretanto, quando o lugar se ocupava de “pobres”, “incuráveis” e “insanos”, era chamado “*hospitium*”. Hospício é a palavra usada, por muito tempo, para designar, segundo a autora “hospital de psiquiatra”.

Desde antes da era cristã já se contam prédios, junto aos templos, destinados a enfermos.

O tratamento consistia em colocar o doente próximo a “**estátua do deus para que a ação dos sonhos associada à de medicamentos empíricos preparados pelos sacerdotes pudessem curar**”.(Campos, op.cit:16).

Com o passar do tempo, os prédios foram sendo deslocados para junto às estradas, onde passavam o exército. Ali os soldados descansavam e os enfermos eram tratados. Nessa época surgem locais semelhantes para tratamento de civis e o isolamento de pessoas portadoras de doenças contagiosa, que precisavam ser separadas do resto da sociedade. Ainda segundo os estudos da autora podem se dizer que os hospitais eram apenas



depósitos de pessoas doentes destituídas de recursos. Assim, em 360 d.c nasce historicamente o hospital, fruto da influência do cristianismo que exaltava a preocupação com o semelhante. Percebe-se que, desde a origem, o hospital tem a finalidade de isolar e tratar.

“Um homem que ameaça a vida de seus semelhantes, ele perdeu seu livre arbítrio como resultado de uma doença mental. Tranque-o, mas que seja como medida de tratamento para ele, de segurança para a sociedade, e não em punição de um crime que não existe”. Joel Birman

O Hospital Psiquiátrico é, pela própria natureza de suas finalidades, uma instituição peculiar em vários aspectos: sendo uma casa de saúde vinculada aos sistemas judiciário e penitenciário, é simultaneamente cárcere e hospital, órgão de execução penal e de promoção de saúde.

A par de suas atividades de elaboração e expedição de laudos psiquiátricos – forenses, para os hospitais psiquiátricos são encaminhados àqueles sentenciados que, por motivo de distúrbios mentais, foram considerados judicialmente irresponsável por seus crimes. A internação dessas pessoas se dá, portanto, por determinação legal e por tempo pré-estabelecido (mínimo de um a três anos). Da mesma forma, a desinstitucionalização está condicionada à autorização judicial, considerada então a opinião dos médicos responsáveis pelo tratamento, que é expressa em um: “Laudo de cessação de periculosidade”.

Evolução psiquiátrica do indivíduo feita pelos médicos, destinadas ao poder judiciário, assim como a função explicitamente custodial do manicômio, suscitam importantes questões de ordem técnica e ideológica para a psiquiatria.

De fato, são muitas as semelhanças entre hospitais e prisões: ambos têm funções “saneadoras”, além de aspectos comuns de arquitetura e de estrutura hierárquica. Estas semelhanças acentuam-se quando se trata dos hospitais psiquiátricos, tanto pelas



características mais externas (a localização em centros urbanos, os grandes muros com grades) quanto por mecanismos *intrínsecos de funcionamento*.

No caso dos hospitais psiquiátricos tais semelhanças tendem, de fato, à sobreposição e completa identificação dos dois termos (hospital e prisão) o que pode ser percebido em vários níveis dos discursos e das práticas institucionais: a confusão entre “preso” e “paciente”, entre “castigo” e “limites externos”, a compreensão ora enquanto instrumento terapêutico, ora enquanto recurso punitivo; a existência de um corpo de agentes prisionais, ao invés de atendentes de saúde;

É no espaço que tem por intermédio a distância, entre os pólos: definidos pela cura e pela repressão onde se move a instituição hospitalar.

A cura, sem entrarmos em considerações de natureza teleológica sobre psiquiatria, implica no resgate de um “poder” do e pelo doente. Trata-se do poder de se compreender como se auto determinar, controlar seus impulsos vitais e reorganiza-los de forma socialmente aceitável (ainda que não necessariamente submissa).

Pode ser definido, em certo sentido, como a tentativa de mediar articulação desse poder individual com o poder da sociedade: o poder normativo das leis e das instituições (aí incluída a própria psiquiatria), que na medida em que é ferido pode promover a internação compulsória e todas as normas que a regem.

Devemos considerar que alguém que cometeu um crime, por deficiência ou doença mental, apresente falha estrutural em sua personalidade, que muitas vezes se traduzem na dificuldade de perceber e respeitar os limites entre si próprio e as outras pessoas, e o mundo que o cerca. Nessa linha de raciocínio, a internação em hospitais psiquiátricos poderá ser terapêutica e reeducadora na medida em que a instituição possa oferecer oportunidades de aprender esses limites, de forma clara e com o *minimo grau* de ambigüidade nas mensagens que passa ao paciente.

A cura, na medida em que implica no resgate de um poder, terá que prover os “riscos” que este processo traz em seu bojo: a capacidade de contenção, de oposição do paciente à autoridade, de reivindicação como manifestação mesma da recuperação de sua identidade e auto estima. Se a instituição pretende ser reeducadora para a liberdade, terá

que prever o exercício de liberdade no seu interior, ainda que intramuros, por partes daqueles que aí se encontram confinados: único meio de mediar suas ações no sentido de formas menos destrutivas para si e para a sociedade.

A mais de dois séculos o autor Carrara (op.cit27) relata que os doentes mentais são considerados “alienados”, já que não tem controle sobre suas ações, diferente dos indivíduos normais que tem pleno controle de seus atos e consciência do caráter delinqüente.

Entretanto Carrara adverte que ainda há, de maneira subliminar, introjetada pelo senso comum, **“a idéia de que crime se opõe à loucura como a culpa à inocência”**.

De uma forma ou de outra, no caso do manicômio, a idéia de pena e de tratamento se excluem, pois a reação penal nunca deixou de significar explicitamente castigo ou expiação de uma culpa. Para Paim (1993:182), **“O hospital psiquiátrico se tornou uma instituição condenada justamente porque os pacientes não dispõem de espaço pessoal”**.

O autor salienta que a primeira degradação sofrida pelo interno é a perda da identidade. O ato de isolar impede a distância pessoal, os internos são desrespeitados pelos médicos, enfermeiros, agentes prisionais e outros profissionais, que não percebem que “ali” estão seres humanos.

Um processo dessa natureza deve contar com instrumentos facilitadores da expressão das singularidades pessoais, dos conflitos e das potencialidades e, sobretudo, da capacidade produtiva e criadora dos internos.

De acordo com Oliveira (1984p: 228).

“Ao ingressar na instituição penal o recluso torna-se uma figura anônima, uniformizada, numerada, despojada de seus bens, afastada da família... Como mecanismo de defesa e a única possibilidade de enfrentar o sistema aceita os novos dogmas da comunidade. Em consequência desse inusitado modo que lhe é imposto, peculiar e coercitivo, sua personalidade se desorganiza”.

As instituições levantam barreiras entre o interno e a sociedade, sendo que a primeira é representada pelo rompimento e a perda da identidade é imposta por parte dos

governantes com propósitos de valores significativamente correto, mas o que se vê na realidade é a falta de valores éticos e morais.

As conseqüências dessa realidade precária nos mostram sem a menor dúvida, a situação de descaso e discriminação em que foi colocada a questão penal em nosso país, alegando-se sempre a falta de recursos para essa melhora.

Três são os fatores que explicam a atitude discriminatória, de extremo abandono e desprezo absoluto em que se encontram as pessoas portadoras de transtornos mentais.

A natureza é inerente a prisão. Reforça as fronteiras entre o cidadão que supostamente obedece às leis e às normas padronizadas de comportamento, e aquele que contesta o sistema de valores vigentes, através de seu comportamento desviante.

A dificuldade de reintegração posterior aumenta a discriminação sofrida pela doença mental

O principal fator discriminatório refere-se ao fato de provirem de meio social pobre, onde as tensões e receptividades sociais sobre eles são descarregadas, culpas pela violência, ódios existentes entre as classes e contra o sistema, recaem sobre uma minoria desprotegida. Esta não tem como se defender contra o sistema institucionalizado e bem organizado, já que não encontra porta-voz de suas necessidades e defesas numa sociedade estratificada, na qual ele representa o patamar mais baixo da pirâmide social.

#### **1. 4 O doente mental e o direito**

Há uma escala de valores que se estabelece para a avaliação da periculosidade social e moral de certas ações, que determina o tipo de exclusão social de que deve o indivíduo ser objeto, pelos seus atos anti-sociais.

##### **Código Civil:**

É importante delimitar quais são as restrições ou proteções criadas pelo legislador, tendo em vista as situações que envolvem pessoas portadoras de distúrbios psíquicos, tanto no âmbito da esfera civil como penal.

No âmbito do direito civil:

Assim preceitua o artigo 5 do Código Civil que passou a vigorar em 1916:

ART. São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil:

Os loucos de todo o gênero.

Segundo grande parte da doutrina civilista, a expressão loucos de todo gênero abrange todas as espécies de desequilíbrio mental, estando, desta forma, os que se enquadram nesse inciso, impossibilitados de exercer os atos da vida civil. Essa regra, todavia, -como todas- comporta de exceções, tais como as dos decretos abaixo elencados, onde o juiz pode estabelecer os limites da capacidade, conforme o caso, sendo ela absoluta ou relativa.

Denota-se, assim, uma preocupação do legislador em assegurar os direitos do interdito-lato sensu, bem como, preservar a harmonia social e a ordem pública, senão vejase:

O Decreto-Lei n 891, de 25 de novembro de 1938, em seu capítulo III, disciplina, através dos artigos 26 a 32, o procedimento a ser adotado nos casos das pessoas consideradas toxicômanos ou intoxicadas habitualmente.

O artigo 28, por exemplo, disciplina que **“Não é permitido o tratamento de toxicômanos em domicílio”**, estabelecendo, assim, no parágrafo 1, do artigo 29, do referido diploma legal, que **“A internação obrigatória se dará, nos casos de toxicomania por entorpecentes ou nos outros casos, quando provada a necessidade de tratamento adequado ao enfermo, ou for conveniente à ordem pública”**.

O artigo 30 e incisos do referido decreto, regula a interdição dos direitos do toxicômano, bem como suas equiparações aos absolutamente ou relativamente incapazes de exercer os atos da vida civil.

O Decreto N 24.559, de 3 de julho de 1934, em seu artigo 1, estabelece:

Artigo 1 do Código Civil. A Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental terá por fim:

-proporcionar aos psicopatas o tratamento e proteção legal;

-dar amparo médico e social, não só aos predispostos a doenças mentais, como também aos egressos dos estabelecimentos psiquiátricos;

-concorrer para a realização da higiene psíquica em geral e da profilaxia das psicopatias em especial

Artigo 3- do Código Civil A Proteção Legal e a prevenção a que se refere o artigo.1 deste decreto obedecerão aos modernos preceitos das psiquiatrias e da medicina social.

O artigo 26 do Código Civil, do Decreto 24.559/34, estabelece que 'os psicopatas, assim declarados por perícia médica processada em forma regular, são absoluta ou relativamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil.

### **Código Penal:**

Do ponto de vista jurídico - o comportamento desviante é aquele previsto pela lei.

Nenhum comportamento pode ser considerado crime, sem que a lei anterior à sua prática e não apenas ao seu julgamento. O jurista assevera que este princípio garante a liberdade das pessoas e elimina a possibilidade de haver punição por um comportamento que não é considerado delituoso. Conforme o Código Penal Brasileiro

Artigo 1 do Código Penal- **"Não há crime sem lei anterior que o defina. Não há pena sem prévia cominação legal"**.

É bom que se compreenda que lei é um conjunto de normas instituídas pela sociedade e que tem por objetivo determinar direitos e deveres do indivíduo e do estado. Dessa forma é a sociedade quem define quem deve ser punido, e como deve ser essa punição.

## **1.5 Das medidas de segurança**

As medidas de segurança não são penas, mas tão-somente meios defensivos da sociedade. A pena refere-se mais à gravidade do delito, ao passo que a medida de segurança

O artigo 26 do Código Penal trata da inimizabilidade penal, estabelecendo que **“é isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou determinar-se de acordo com esse entendimento”**.

#### **“Redução de Pena”:**

*Parágrafo único –*

“A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”.

Natureza – **“A inimizabilidade é uma das causas de exclusão da culpabilidade. O crime persiste, mas não se aplica pena, por ausência de reprovabilidade”**.

O artigo 97 do Código Penal assevera que “Se o agente for inimizável, o juiz determinará sua internação (art.26). Se, todavia o fato previsto como crime for punível como detenção, poderá o juiz submete-lo a tratamento ambulatorial”.

*Prazo:*

A internação, ou tratamento ambulatorial será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1(um) a 3 (três) anos.

A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução.

A desinternação, ou a liberação, será sempre condicional devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de 1(um) ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade.

Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos.

Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos.

Os loucos (inimputáveis por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado) são isentos de pena (artigo 26 do código penal). Ficam eles, porém, sujeitos à medida de segurança, consistente em internação em hospital de custódia e tratamento, ou apenas a tratamento ambulatorial, se as condições do agente permitirem e o fato for apenado com detenção (artigo 97 do código penal).

Essa internação, conforme dispõe o código é por tempo indeterminado, perdurando, enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade.

A jurisprudência firmou entendimento de que a internação é obrigatória.

Essa internação é, na verdade, espécie de **Medida de Segurança**, conforme disciplina o artigo 96 do Código Penal, litteris:

Artigo 96. As medidas de segurança são:

I- "Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado;

II- Sujeição a tratamento ambulatorial

Parágrafo único. Extinta a punibilidade, não se impõem medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta.

Penas e medidas de segurança: constituem as duas formas de sanção penal. Enquanto a pena é retributiva - preventiva, tendendo atualmente a readaptar socialmente o delinqüente, a medida de evitar que um sujeito que praticou um crime e se mostra perigoso venha a cometer novas infrações penais".

Periculosidade é a potência, a capacidade, a aptidão ou a idoneidade que um homem tem para converte-se em causa de ações danosas".

O ensinamento é correto quando se trata de agente inimputável, ao qual não se aplica pena, mas tão-somente medida de segurança. Ou de agente imputável, ao qual só pode ser aplicada pena e não medida de segurança.

Substituição da pena por medida de segurança para o semi-imputável

Artigo 98 do Código Penal:

ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial, pelo prazo mínimo de 1(um) a 3(três) anos, nos termos do artigo anterior e respectivos 1 a 4º.

Quando se trata de agente semi-imputáveis (artigo 26, parágrafo único, do código penal) com aplicação de pena privativa de liberdade e também pena de multa, poderá haver a substituição da pena privativa de liberdade, com a permanência da pena de multa, vez que só a privativa de liberdade pode ser substituída por medida de segurança (artigo 98).

### Resumo de direito penal

<b>Imputáveis</b>	isenção de pena(artigo 26) e aplicação de medida de segurança (art. 97)	internação em hospital de custódia e tratamento (em casos apenados com reclusão) ou tratamento ambulatorial ( em ca- sos de apenados com detenção)
(art. 26 do CP)		
<b>Semi-imputáveis</b> (art. 26, parágrafo único, do CP)	pena reduzida de um a dois terços (art. 26, parágrafo único) ou substituição da pena por medida de segurança	internação em hospital de custódia e tratamento (em casos apenados com reclusão) ou tratamento ambulatorial (em casos apenados com detenção)



**Imputáveis**

só pena  
(não há aplicação de medida de segurança para  
imputáveis)

**1.6 Direitos do internado**

Artigo 99 do Código Penal: **“O internado será recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento”.**

O Supremo Tribunal Federal entende que a internação em hospital comum é permitida, sob certas condições. Todavia, a internação em manicômio judiciário só se admite em hipóteses de periculosidade extrema.

O entendimento jurisprudencial, ainda, prevê que é inadmissível o cumprimento da medida de segurança em presídio comum.

Internação em hospital comum: pode ser permitido sob certas condições;

Falta de vagas: em hospitais psiquiátricos ou em estabelecimentos similares; não autoriza a imposição da medida de segurança em cadeia pública.

Desinternação e Liberação: a desinternação ocorre quando se extingue a internação em hospital, já a liberação, quando termina o tratamento ambulatorial.

Natureza da liberação ou desinternação: será sempre condicional, devendo ser restabelecida a situação anterior se o sujeito, antes do decurso de um ano, vier a cometer fato indicativo da persistência de periculosidade.

### 1.7 Direitos do hospital de custódia e tratamento psiquiátrico:

Artigo 99 do Código Penal-**“O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico destina-se aos inimputáveis e semi-inimputáveis referidos no artigo 26 e seu parágrafo único do Código Penal”**.

Parágrafo único. **“Aplica-se ao Hospital, no que couber, o disposto no parágrafo único do artigo 88 dessa lei”**.

Artigo 88 do Código Penal-**“O condenado será alojado em cela individual conterà dormitório, aparelho sanitário e lavatório”**.

Salubridade do ambiente pela concorrência dos fatores de aeração, isolamento e condicionamento térmico adequado à existência humana;

Área mínima de seis metros quadrados.

Podemos observar no terceiro capítulo, quando da descrição do trabalho com grupos terapêuticos, como alguns aspectos do Direito mencionados neste item subsidiam nossa análise.

### 1.8 Considerações sobre a reforma da assistência psiquiátrica no Brasil

A Reforma Psiquiátrica, veio para adequar o Brasil ao que já acontecia nos países do primeiro mundo. O lema estratégico remete para a sociedade a discussão sobre a loucura, a doença mental, a psiquiatria e seus manicômios.

A desinstitucionalização implica não apenas num processo de desospitalização, mas de invenção de práticas assistenciais territoriais; um processo prático de desconstrução dos conceitos e das práticas psiquiátricas.

Esses movimentos tiveram início na Europa, referentes ao tratamento desumano.

serviços municipais, próximo à comunidade. Há necessidade de preparação dos pacientes, das famílias, da comunidade e dos profissionais de saúde para que se processe a mudança no atendimento à saúde mental. As orientações da Organização Mundial de Saúde (**OMS**) apontam para a mudança do eixo central do atendimento dos portadores de transtornos mentais, para assistência comunitária. Em nenhum momento os textos da OMS, falam em fechamento imediato de todos os hospitais psiquiátricos, orientam sim para a humanização do atendimento e a criação de serviços extra-hospitalares e comunitários.

Neste contexto de mudanças onde se inicia a substituição gradativa dos hospitais psiquiátricos convencionais por instituições semi-abertas com a proposta de atendimento diferenciado, surgem os Centro de Atenção Psicossocial (**CAPS**) e o Núcleo de Atenção Psicossocial (**NAPS**), como início de uma rede de espaços intermediários entre a hospitalização e o pleno exercício da cidadania.

O Ministério da Saúde, através das Portarias 189/81 e 224/92, informa que os CAPS e NAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas, que oferecem atendimento ao cidadão portador de doença mental, no período compreendido entre o regime ambulatorial e internação hospitalar, em um dos dois turnos que quatro horas, sendo esse cuidado oferecido por uma equipe multiprofissional. Podem servir como porta de entrada para as ações relativas à saúde mental (Brasil, 1992).

Os CAPS e NAPS têm como objetivos dar assistência durante o aparecimento ou reaparecimento de um transtorno mental; reduzir o número de internações; promover a readaptação e a reinserção do indivíduo; melhorar a qualidade de vida e o estado de saúde da população e reduzir os sintomas apresentados pelos clientes.

Procuram ser e funcionar como uma unidade que desenvolve um trabalho qualitativamente distinto das práticas e modelos de atendimento em saúde mental na rede pública, onde o usuário deve ser o centro da atenção.

Foram concebidos como estruturas abertas ao atendimento de emergências, como espaço de convivência, como um local de referência para o usuário no momento de crise e como uma instituição inovadora dos recursos comunitários, da integração paciente, família e comunidade.

Depois de tantos anos de escuridão, parece-me que surgem holofotes clareando caminhos menos tortuosos e mais humanizantes, baseado numa assistência integral ao doente e sua família. No entanto, esta é uma caminhada desafiante de prosseguir, ela exige a necessidade de um comprometimento dos profissionais, governantes, usuários e população em geral-camada essa que acredito ocupar um lugar significativo e decisivo na assistência psiquiátrica em nosso país.

Nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Ambulatórios de Saúde Mental está previsto o atendimento familiar e comunitário, visando o trabalho com a reinserção social da pessoa portadora de distúrbios psíquicos. A assistência à pessoa atendida nos CAPS e NAPS, compreendem as seguintes possibilidades:

- Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação);
- Atendimento grupal (psicoterapia, grupos operativos, atendimento em oficinas terapêuticas, atividades socioterápicas);
- Atendimento à família (com o objetivo de esclarecer sobre a doença, sobre o modo de lidar com o portador de distúrbios psíquicos, bem como oferecer apoio);

Prevê-se com isso:

- Extinção progressiva das instituições psiquiátricas;
- Proibição da abertura de novos leitos psiquiátricos;
- Criação de redes de serviços com alternativas que respondam às necessidades do portador de transtornos mentais;
- Abertura de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, para atender ao portador de transtorno mental que estiver em crise (breves internações);
- Possibilidade de atendimento em seu domicílio por uma equipe multidisciplinar;

Quanto aos portadores de transtornos mentais já institucionalizados sem vínculos familiares, prevê que:

- Deverão receber moradia em lares protegidos e mantidos pelo Estado;

- Deverão ser acompanhadas por técnicos da saúde, que viabilizem a estas suas inclusões na sociedade;

O aperfeiçoamento da assistência psiquiátrica dependerá, em grande parte, da qualidade dos recursos humanos disponíveis. Sem se conhecer, por exemplo, a estrutura administrativa e a dinâmica social da situação interna, não se conseguirão corrigir os serviços de um hospital de grande porte; a cristalização da equipe hospitalar tende a torná-la monolítica, autoritária e rigidamente hierarquizada. Não se modificando tal estrutura, de nada adiantará reduzir o número dos doentes internados”.

O papel do Serviço Social é muito importante nesse processo da reforma psiquiátrica, um dos primeiros passos a serem dados pelo assistente social é trabalhar no sentido de desmistificar essa idéia que a sociedade tem de loucura. E para chegar a atingir a sociedade como um todo, é preciso que ele passe primeiro pelas comunidades, pelos pequenos grupos sociais, sendo o primeiro grupo que o assistente social deve trabalhar é a família, sendo que, através dela que o indivíduo estrutura sua personalidade.

O assistente social deve agir na comunidade no intuito de modificar o modo que ela vê a doença mental. Através de um processo de conscientização de grupo ele deverá propor discussões com a comunidade sobre temas que envolvem o problema em questão. Somente com o esclarecimento é que a família e a comunidade passarão a compreender melhor a questão Saúde Mental, podendo assim, exigir um posicionamento do Estado no sentido de que se promova ou viabilize as mudanças emergentes para melhor atender às necessidades da população.

Nesse processo de reforma psiquiátrica, é possível afirmar que o assistente social tem um papel fundamental, desde que seu trabalho proponha um tratamento terapêutico, baseado no respeito ao doente mental, enquanto pessoa que merece ser tratado com dignidade, enfocando, com o mesmo compromisso, a sua família e todo o meio social a que o doente mental pertença.

## II - ANTECEDENTES HISTÓRICOS

### 2.1 A instituição

O hospital de custódia e tratamento psiquiátrico foi criado pela lei 4.559 em 07/01/71 durante o governo do Dr. Ivo Silveira e foi inaugurado em 10/03/71, uma instituição integrante do sistema Penal do Estado de Santa Catarina. Na época, o Manicômio Judiciário, era subordinado a Secretária da Segurança Pública através da Diretoria de Administração Penal do Estado.

Atualmente, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico é subordinado a Secretaria de Justiça e Cidadania (S.J.C). Sua criação objetivou a defesa social e a clínica Psiquiátrica

Por se tratar de um hospital psiquiátrico penal, podemos entender o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob dois aspectos:

Por um lado visa tratar e recuperar seus internos visando uma reintegração dos mesmos ao meio social, característica de um hospital psiquiátrico comum, e por outro lado, cabe ao hospital custodiar esse indivíduo que por determinação judicial tem uma pena a cumprir pelo delito que outrora cometeu.

*Sua criação objetivou a defesa social e a clínica Psiquiátrica.*

Estas instituições são consideradas “protetoras” da sociedade, contendo àqueles que desviam e cometeram crime.

Os internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico são indivíduos que estão sob segurança, réu e sentenciado. Sob medida de segurança são aqueles indivíduos, que no ato do crime, não eram detentores das condições mentais normais, e portanto não entendiam que o ato era delituoso. São submetidos à um tratamento (pena) de um a três anos. Réus são aqueles que não foram julgados, mas no decorrer do processo percebeu-se que é portador de deficiência mental.

Sentenciados são aqueles presos comuns que durante o cumprimento da pena apresentaram algum sintoma de sofrimento mental.

Segundo Carrara (1998:27), **“trata-se de instituições híbridas e contraditórias, de difícil definição”**.

Sob a fachada médica das instituições psiquiátricas, desenrola-se, na verdade, uma prática secular de contenção, moralização e disciplinarização de indivíduos socialmente desviantes assim, sendo por trás de cada hospital psiquiátrico esta uma prisão.

## **2.2 Objetivos gerais da instituição**

De acordo com a referida lei, o hospital tem as seguintes finalidades:

- Receber, para fins de tratamento psiquiátrico e por determinação judicial, os pacientes que apresentarem sintomas de alienação mental no decurso de prisão provisória ou após sentença condenatória;
- Receber por determinação judicial, os pacientes que devem ser submetidos à perícia psiquiátrica, para fins de apuração de responsabilidade penal;
- Proceder aos exames de sanidade mental solicitado pelo Conselho Penitenciário do Estado (livramento condicional, mudança de regime, cessação de periculosidade e indulto, bem como realizar tratamento psiquiátrico em regime de internato ou ambulatorial).
- Exercer outras atividades relacionadas com a natureza do Hospital e sua finalidade específica

## **2.3 Modo de funcionamento**

A estrutura do Hospital de custódia e Tratamento Psiquiátrico atende pacientes para as seguintes finalidades:

- Realizar perícias psiquiátricas e confecção de Laudos de Sanidade mental, dependência toxicológica e pareceres de Cessação de periculosidade e de concessão de regalias.

- Receber, após a sentença condenatória, para o cumprimento de Medida de Segurança Detentiva. A qual é de no mínimo (1um) ano, podendo ser prorrogada por um prazo maior.
- Receber, para fins de tratamento, por determinação judicial, pacientes que apresentam sintomas de doença mental, no decurso de sua prisão provisória.
- Atender a nível ambulatorial os detentos das penitenciárias do Estado (SC), presídios e casa do albergado.
- Encaminhar à autoridade competente da Comarca de origem do paciente, os resultados dos laudos de sanidade mental, dependência toxicológica, pareceres psiquiátricos e cessações de periculosidade os pareceres psiquiátricos tem por objetivo, *aveiguar se os pacientes, encaminhados pelas penitenciárias, presídios e Casa do Albergado reúnem as condições exigidas para as concessões de regalias do livramento condicional, prisão albergue, regime de semi-aberto. Visando a liberação dos internos do hospital, ao final do prazo da Medida de Segurança, ficando a decisão a cargo da Justiça da Comarca de origem deste.*

Quando o paciente apresentar-se apto ao convívio sócio-familiar, é encaminhado a seus familiares, se estes aceitarem, caso contrário estes permanecem na instituição por tempo indeterminado.

O paciente retorna ao convívio familiar necessitando da continuidade do tratamento psiquiátrico, este é indicado que seja feito a nível ambulatorial na cidade do mesmo.

O que diferencia um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico de outro qualquer da rede hospitalar, que também se destina a tratamento psiquiátrico, é a considerada "periculosidade do paciente acima da de um doente mental comum".

Constitui-se então, um hospital/presídio para tais pessoas. Percebe-se que em uma instituição penal, a pena jamais perdeu sua característica essencialmente punitiva e repressora.



## 2.4 O paciente internado

Os pacientes do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, quando chegam ao hospital, em geral apresentam grande nível de ansiedade com solicitações diversas. Deparam-se com um ambiente estranho à sua realidade, apresentam carências múltiplas: físicas, psíquicas, culturais, intelectuais, afetivas e materiais, sem crítica da doença. São provenientes de famílias desagregadas ou com vínculos precários, com tendência a cronificação da doença e perda das habilidades sociais, capacidades de autocuidados, interação social, habilidades manuais, intelectuais e profissionais.

O paciente quando chega é recebido por um agente prisional, fornecendo ao paciente uns uniformes (camiseta, bermuda, calça de agasalho) numerados. Ele permanece aproximadamente 05 dias num compartimento individual, para ser atendido pelo médico psiquiatra perito. No final desse período o paciente apresentando condições de convivência com os demais internos, será liberado pelo chefe de segurança para frequentar o pátio, enfermaria e outras atividades.

As enfermarias funcionam como alojamentos conjuntos. Nestas “moram” os pacientes adaptados às rotinas da instituição, e, que de acordo com estas, determinam-se melhor. As enfermarias, também atendem as funções de revezamento entre estar nelas ou ir para compartimentos individuais, segundo os critérios médicos e/ou dos agentes prisionais.

A clientela que cumpre medida de segurança no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico é exclusivamente do sexo masculino de nível sócio cultural baixo, sendo em sua maioria analfabetos ou semi-analfabetos.

Ao chegarem nessa instituição se deparam com um novo contexto ambiental, sentindo necessidade de se adaptarem para sobreviver, sentindo a perda dos seus vínculos afetivos, o peso do estigma de seu delito e de sua doença mental, além do abandono da família e da sociedade.

O atendimento dos internos exige um plano de tratamento que visa oferecer oportunidade para desenvolver suas potencialidades sufocadas pela doença e também a

ampliação de suas aptidões, tentando sempre a reintegração no processo produtivo da estrutura social.

## **2.5 Recursos Humanos**

- Pessoal administrativo;
- Um diretor geral;
- Dois agentes administrativos;
- Um assessor jurídico
- Um encarregado da seção de serviços gerais
- Um encarregado da seção de administração financeira;
- Dois motoristas
- Pessoal Técnico:
  - Cinco médicos psiquiatras;
  - Um médico clínico;
  - Uma psicóloga;
  - Duas assistentes sociais;
  - Uma farmacêutica;
  - Uma dentista;
  - Uma professora de educação física;
  - Uma professora;
- Pessoal da Segurança:
  - Um chefe de Serviço de Segurança;
  - Três agentes de Portaria;
  - Vinte e quatro agentes de segurança.

## 2.6 Recurso Materiais

### *Descrição física da Instituição*

O hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis (H.C.T.P) está localizado no mesmo Complexo Penitenciário do Estado na área construída existem atualmente:

- Uma sala do Diretor Geral;
- Uma sala do Assessor Jurídico;
- Uma sala da Secretária;
- Uma Farmácia;
- Uma sala do Diretor Técnico;
- Quatro consultórios médicos;
- Uma sala de serviço de Segurança;
- Uma sala do Serviço Social;
- Seis enfermarias;
- Uma rouparia;
- Trinta e oito cubículos;
- Quatro banheiros coletivos;
- Uma sala de almoxarifado;
- Um alojamento para os agentes de segurança;
- Um refeitório dos pacientes;
- Uma sala de material de manutenção;
- Uma sala de material de esportes;
- Cinco pátios;
- Uma biblioteca (onde funciona também a sala de aula);
- Dez banheiros;
- Dois porões;
- Uma sala de material de limpeza.

Material existente para uso do Serviço Social:

- Uma mesa;
- Seis cadeiras;
- Um armário;
- Lápis pretos e canetas esferográficas;
- Grampeador;
- Caixa de arquivo morto;
- livro ata;
- Pastas para documentação;
- Tesouras;
- Pastas com vários textos científicos arquivados;
- Monografias.

## **2.7 O Serviço Social dentro da instituição**

### **Histórico do Serviço social**

O Serviço Social foi implantado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (H.C.T.P) no ano de 1978 ,buscando uma melhora no atendimento ao doente mental e sua reintegração na sociedade.

A equipe do Serviço Social no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico se insere junto às equipes de saúde, atuando como profissionais capacitados nas questões sociais, realizando o trabalho voltado à manutenção e o resgate da cidadania e dos vínculos sócio familiares. O paciente psiquiátrico tem uma dupla carga: a doença propriamente dita e o problema social que esta acarreta ou agrava.

Ao serviço social cabe relacionar os aspectos emocionais, psicológicos e sociais do paciente com a doença. O Assistente Social será a ligação entre o paciente, sua família, o hospital e a comunidade do qual faz parte, devendo conhecer as tensões que influem nas vidas envolvidas bem como as características de comportamento do grupo. Somente tendo esta compreensão da pessoa humana e do que o problema significa para ele num dado

momento é que o assistente social pode ajudar na recuperação da autoconfiança do paciente. Portanto, basicamente, as funções e objetivos do Serviço Social são as mesmas em qualquer área de atuação, sendo, porém imprescindível para o Assistente Social na equipe psiquiátrica, conhecimentos complementares sobre saúde mental e suas implicações sociais, para que possa compreender, atuar e colaborar com os demais membros no tratamento do doente mental.

O assistente social na área psiquiátrica tem, entre outras, as seguintes funções:

- interpretação do paciente para o meio ambiente e para a instituição (em caso de internação) e vice-versa;
- preparação de alta;
- seguimento de egressos;
- serviço social de casos;
- serviço social de grupos;
- colaboração em pesquisas médicas;
- participação em programas comunitários de saúde mental;

O assistente social trabalha diretamente o confronto de valores culturais e sociais, tanto na sua relação com o usuário, como com outros profissionais.

Trabalhando a questão da justiça social, sempre acreditando na necessidade do respeito à igualdade de direitos e aos indivíduos que estão inseridos, com o reconhecimento coletivo e político visando à equidade, apesar das diferenças e desigualdades, fortalecendo-os de seus direitos como cidadãos, ampliando e consolidando a Cidadania e defesa dos direitos humanos.

## 2.8 Objetivos do Serviço Social

- Trabalhar a oposição ao preconceito e a discriminação social (gênero, etnia, religião, nacionalidade, opções sexuais, idade e condição física);
- Defesa dos direitos humanos (respeito, aceitação e compreensão);

- Resgatar a cidadania e conseqüentemente sua reinserção social;
- Verificar as atuais políticas de saúde mental estão beneficiando os principais envolvidos (doente mental e seus familiares);
- Atuar junto aos pacientes e seus familiares no sentido de buscar condições para um tratamento mais humanitário;
- Oferecer suporte emocional para os pacientes e seus familiares, trabalhando suas ansiedades e medos frente a internação;
- Ajudar o interno a alcançar integração mais adequada no seu meio sócio-familiar, evitando freqüentes reinternamentos;
- Procurar integrá-los junto à instituição no seu tempo de permanência, afim, de identificar e estimular tendências e capacidades construtivas, aumentando-lhes a auto-estima e assim, melhorar as qualidades das relações;
- Incentivar as visitas e a participação ativa da família no tratamento e no processo de reintegração do paciente, apoiando-o não como vítima, mas, como unidade que necessita de intervenção terapêutica;
- Participar no resgate dos núcleos sadios do paciente.

## **2. 9 Atividades desenvolvidas pelo Serviço Social**

- Realização de atendimento a todas as pessoas que procuram o serviço, prestando esclarecimento, orientações e fazendo encaminhamento aos recursos internos e externos.
- Realização de estudo sócio-familiar para subsidiar o laudo de sanidade mental, mantendo o primeiro contato com familiares e /ou responsáveis, para obter informações sobre a situação psicossocial do paciente prestando informações referentes ao funcionamento do hospital, tratamento e alta hospitalar, com o devido relato em prontuário.

- Realização de atendimento a familiares de paciente internados, através de entrevistas.
- Prestar orientações quanto à continuidade do tratamento a nível ambulatorial, uso correto de medicação e convívio com o paciente e sua doença.
- Comunicação de óbitos, prestando esclarecimentos necessários;
- Realização de contatos com instituições afins para utilização dos recursos disponíveis e posteriores encaminhamentos.
- Anotações de todas as atividades em documentação estatística e prontuário do paciente.

Claro não estabeleceremos programas para tudo, mas isso é um desafio, não um fracasso. Mas esse desafio requer um pouco de solidariedade, a luta deve ser permanente, estamos construindo um processo democrático, somos iguais em todos os sentidos, mas não podemos parar, devemos ser precavidos, temos que constituir grupos para abrir uma brecha no sistema, discutir expectativas, pois são instituições totais, todos moram lá, sendo estes problemas de valores e responsabilidades.

O Serviço Social, ao priorizar como estratégia o resgate da identidade do paciente e a construção de sua cidadania, viabilizando o aumento de poder de informação e de decisão do mesmo, e assim, conseqüentemente a mudança de sua identidade de doente mental para cidadão de direitos.

## Capítulo III

### 3.1 Situando a pesquisa

Este capítulo traduz minha prática assistencial desenvolvida com grupos terapêuticos. Procurei escrevê-lo de tal modo que pudesse perceber a ligação existente entre a teoria e a prática, o caminho percorrido, o ir e vir constante da parte para o todo e vice-versa.

Dentro de parte do meu viver diário no ambiente onde se desenvolveu o estágio, as interações se desenvolveram naturalmente por estarmos em constante relação com os outros: afetamos e somos afetados pela simples presença humana.

Percebemos e somos percebidos pelo simples fato de juntos formarmos um grupo que compartilha dentro de um espaço determinado, cronológico e fisicamente, uma experiência de vida.

Em nosso contato com o grupo, encontramos pacientes psiquiátricos que por uma série de fatores, tais como: tipo de delito, distância geográfica, reincidência criminal, uso abusivo de drogas, diagnóstico psiquiátrico, encontram-se internados para o cumprimento de Medida de Segurança Detentiva.

A partir de sua internação, suas vidas passam a ser determinadas por regras institucionais.

Uma vez institucionalizado, o paciente perde a condição de cidadão, pois é privado de seus direitos, como já mostramos anteriormente.

A função essencial das Instituições penais psiquiátricas é a repressão e tem como proposta recuperar aqueles que nela se encontram.

Possuem ainda, um caráter segregador, ou seja, visam, confinar indivíduos considerados perigosos para si mesmos e para a sociedade: O doente mental e o criminoso que violaram os comportamentos socialmente aceitos.



O sistema penitenciário tem como principal objetivo, punir, intimidar e recuperar; e o psiquiátrico tratar e igualmente recuperar.

“O que é tratado como uma instituição funciona na verdade como duas: a um só tempo a prisão e o hospital. Duplicidade que instalada na origem e nas funções do Hospital Psiquiátrico, desdobra-se nas duas múltiplas contradições internas” (SOAR, Filho, 1990:10).

A sociedade contribui no processo de institucionalização do portador de transtornos mentais, discriminando-o, rotulando-o de “louco e perigoso”.

Estes excluídos do acesso às possibilidades mínimas de sobrevivência, em outras palavras, são excluídos do processo sócio – político – econômico.

“A maioria das pessoas consideradas mentalmente insanas (especialmente aquelas confinadas involuntariamente) o são assim definidas por seus parentes, amigos, empregadores, ou talvez pela polícia e não por si próprias. Perturbam a ordem social desconsiderando as convenções da sociedade educada ou violando as leis; assim nós as rotulamos como ‘doentes mentais’ e punimo-las pela internação numa instituição psiquiátrica”. (SZASZ, 1977:84).

Muitas vezes a doença mental é comparada a uma doença altamente contagiosa e o doente mental é confinado ao total isolamento, não só dentro da sociedade, mas principalmente no próprio seio familiar.

O doente mental sob custódia é aquele que no decorrer de sua história teve episódios criminais, sejam eles, uma agressão, uso de drogas, estupro e até mesmo assassinato. Crimes estes, justificados por causa da sua doença, tornando-os irresponsáveis ou parcialmente irresponsáveis perante a lei;

Assim mediante tal justificativa, não está sujeito às mesmas penalidades que os criminosos, e é confinado para custódia e tratamento psiquiátrico.

### **3.2 Estágio: Uma experiência acadêmica com pacientes portador de transtornos mentais em grupos terapêuticos**

O ser humano é gregário por natureza e somente existe, ou subsiste, em função de seus inter-relacionamentos grupais. Sempre, desde o seu nascimento, o indivíduo *participa de diferentes grupos, numa constante dialética entre a busca de sua identidade individual e a necessidade de uma identidade grupal social*. Um conjunto de pessoas constitui um grupo, um conjunto de grupos constitui uma comunidade e um conjunto interativo das comunidades configura uma sociedade.

Após ter transposto os muros altos, os muros culturais, os muros dos medos e das crenças e ter conseguido me sentar bem próximo daqueles seres tão tímidos e isolados pela sociedade, que consegui entender, compreender e sentir que algo me fascinava naqueles indivíduos, algo me atraiu para este desafio diário. Foi uma descoberta maravilhosa, que me impulsionou a querer mais, a buscar conhecimentos para subsidiar a minha prática. Não era claro para mim qual o papel desempenhar dentro do universo da loucura, pois eu ainda não dominava o conhecimento a respeito de doença mental.

A minha participação e envolvimento no hospital se deram de maneira progressiva, procurando durante as reuniões, aproximar-me das pessoas e romper barreiras e entendê-los enquanto seres humanos, que além da doença, possuem uma família, uma rede de amigos e relações sociais que ultrapassavam a minha visão estrita de pacientes.

Nesta trajetória, vivenciando diretamente os problemas junto aos grupos, compartilhando experiências com os doentes e observando as dificuldades que os profissionais têm para ajuda-los a enfrentar esta condição.

O período que antecedeu à primeira reunião, bem como o dia da realização da mesma, foi acompanhado de incertezas, dúvidas, medo e insegurança. Apesar de toda ansiedade, mobilizei-me para essa nova experiência com a expectativa de que seria possível desenvolver uma prática assistencial educativa em grupos, que contribuisse para a saúde das pessoas portadoras de distúrbios mentais.

No primeiro encontro foi reservado para o início do conhecimento mútuo entre os participantes, através da apresentação inicial entre os membros do grupo favorecendo o processo de engajamento dos participantes nele e encaminhamentos de interesses comuns no grupo.

*Sendo exposta a proposta com o grupo, expressei meu interesse em aprender com a experiência deles e, ao mesmo tempo meu desejo de contribuir para um viver mais saudável.*

Ficou definido que as reuniões seriam semanais, com o tempo previsto de uma hora e tendo a participação do estagiário de enfermagem e o acompanhamento da minha supervisora de campo.

Houve um interesse muito grande em discutir questões diretamente ligadas a saúde, hospital, relacionamentos tanto com seus companheiros como com os profissionais bem como seu tempo de permanência dentro da instituição, suas reivindicações relativas a situação de desqualificação, suas experiências. Tentando sempre melhorar a sua condição de cidadão, buscando preservar seus direitos, no sentido de garantir o usufruto do seu benefício, bem como viabilizar, a legitimação destes.

As discussões relacionadas a esses temas tiveram diferentes níveis de aprofundamento, de acordo com a necessidade, expectativas e interesses dos integrantes do grupo.

Este fato gerou no grupo um "alvoroço" muito grande, com conversas paralelas, ocasionando uma certa dificuldade para coordenar a reunião, muitas vezes as reuniões foram interrompidas para solicitar silêncio, para que retornássemos ao objetivo da mesma. Durante a permanência no refeitório observou-se como eles se portavam diante de nós profissionais e com o grupo em geral: o controle sobre suas atitudes, muitos mal entrava e já queriam sair para o pátio, ou não paravam de falar, interrompendo sempre a fala de seus companheiros, muitos ficavam somente observando e falavam somente quando eram solicitados. Percebíamos indicações por parte de alguns integrantes em se expor ao grupo através da comunicação gestual (coçar os olhos, afastar o olhar, roer as unhas, bater com as mãos na cadeira).

Neste grupo os pacientes têm a oportunidade de trabalhar temas variados, escolhidos por eles próprios e expressar suas opiniões, suas idéias. Segundo Pichon, cada individuo tem um mundo interno, construído a partir das sensações, fatos e experiências vividos desde o nascimento. Ao ingressar no grupo através das relações estabelecidas com os demais integrantes, o mundo interno se modifica, começando aqui o processo transformador.

Nos optamos por formar um grupo operativo baseado na teoria de **PICHÓN-RIVIÉRI (1988:184):**

“Grupos Operativos é todo conjunto de pessoas ligadas entre si por constantes de tempo e espaço, e articuladas por sua mutua representação interna, que se propõe explicita ou implicitamente uma tarefa que constitui sua finalidade. Podemos dizer então que estrutura, função, coesão e finalidade, juntamente com o número determinado de integrantes, configuram a situação grupal que tem seu modelo natural no grupo familiar”.

Na doença mental encontram-se estruturas estereotipadas, dificuldades de aprendizagem e comunicação, bem como ansiedades básicas. O medo do ataque do ego corresponde à **“ansiedade paranóide e o medo da perda do objeto, à ansiedade depressiva”**.

No trabalho com grupos operativos, segundo **PICHÓN-RIVIÉRE (1983:185)**

“Novas condições são criadas, permitindo ao paciente o fortalecimento do seu ego, tornando-o mais plástico e flexível e possibilitando uma adaptação à realidade. O paciente tem ainda, no grupo, oportunidade de expressar suas ansiedades básicas e entrar em contato com outros pacientes, cujos problemas são semelhantes”.

**“Um grupo centrado na tarefa e que tem por finalidade aprender a pensar em termos das dificuldades criadas e manifestadas no campo grupal (...)”**. (PICHÓN – RIVIÉRE, 1988, p.123)

Nos grupos terapêuticos, quando os pacientes, expressam suas ansiedades, terão maiores condições de nomeá-las e organizá-las, de modo a reverem suas dificuldades relacionadas, bem como o “papel” que desempenham no meio familiar ou social. Teremos assim indivíduos mais ativos e mobilizadores para transforma-se a si próprios, bem como seu ambiente, seja a família de onde provém e para onde desejam retornar, ou outros grupos dos quais possam vir a fazer parte, inclusive na instituição enquanto internos.

A característica básica dos grupos “nossos”, não é só o compartilhar problemas comuns, mas também a necessidade de uma interação especial cara a cara.

Portanto os membros são encorajados a participarem de um tipo igualitário de interação, todos os membros recebem ajuda, mas em alguns momentos eles têm a responsabilidade de compartilhar suas experiências e servir como modelo para os recém chegados.

A formação de grupos na área da saúde tem contribuído para o crescimento e aprendizado de indivíduos em situações de saúde-doença. A educação em saúde também tem sido utilizada como um instrumento, a fim de contribuir para a tomada de consciência crítica, frente aos problemas tanto no individual como no coletivo, permitindo reflexões.

Neste sentido Silva Pinto e Paiva (1983) recomendam que, **“para o desenvolvimento de todos os integrantes, é importante que a educação em saúde, seja desenvolvida em grupos, e que os temas para discussão partam de sua realidade, das suas vivências”**.

### 3.3 Perfil do Usuário

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis (H.C.T.P) atende a todo o Estado de Santa Catarina, portanto, recebe uma população heterogênea, em termos de hábitos, costumes, profissão e nível econômico e sócio-cultural.

Além da população internada para cumprir Medida de Segurança, há também uma população flutuante, que vem a esta instituição para executar laudo de sanidade

mental. Ou dependência toxicológica, tendo que permanecer, por lei, num período mínimo de 45 dias.

Essa população flutuante de periciados convive com os demais internados e se apresentam diante de expectativa do exame a ser realizado, com quadros de angústias e ansiedades, além disso, na mudança ambiental, é comum uma inadaptação inicial.

A clientela que cumpre medida de segurança no HCTP é exclusivamente do sexo masculino, e nível sócio-cultural baixo, sendo agricultores analfabetos ou semi-analfabetos. Denominamos-os de "pacientes" e estes ao chegarem na instituição se deparam com um novo contexto ambiental.

Após o cumprimento da pena, todos os pacientes internados nesta instituição, permanecem por um ano em liberdade condicional. Durante este período de permanência são atendidos ambulatoriamente por um psiquiatra em sua cidade como no próprio Hospital.

### 3.4 Procedimentos Metodológicos para a Ressocialização em grupos Terapêuticos

A pesquisa em questão foi realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), que é parte integrante do Complexo Penitenciário da Capital, localizado na Rua Delminda da Silveira, 900 no Bairro da Trindade.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa onde fizemos um estudo de casos, que segundo Triviños (1992:133) **"é uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente"**.

Foi usado como instrumento de pesquisa a entrevista semi-estruturada que:

"parte de questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses oferecendo amplo campo de interrogativas que surgem a medida que se recebem as respostas do informante. O informante seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa" (Ibidem, 146).

A entrevista semi-estruturada proporciona uma certa liberdade para que os usuários possam exprimir suas opiniões sob a temática em questão, na medida em que estas **“ao mesmo tempo em que valorizam a presença do investigador, oferecem todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação”**. (Trivino, 1987)

Sendo assim, a amostragem será definida intencionalmente, procurando compor um quadro de representantes significativos da população especificada. A amostra intencional, valoriza critérios de representatividade qualitativa, tratando-se de **“ um pequeno numero de pessoas que foram escolhidas intencionalmente em função da relevância que ela, apresenta a um determinado assunto”**. (Franco, 1986), que no caso, são pacientes do Grupo Terapêutico.

Usou-se como instrumento de pesquisa, a análise dos relatórios dos passeios e reuniões realizadas com o grupo, para um maior aprofundamento na temática.

Para entendermos melhor o significado de ressocialização, na visão do paciente portador de transtornos mentais. Realizaram-se as reuniões todas as terças-feiras, a partir das 15:30 h, no refeitório do H.C.T.P (local e horário que não mudam são chamados por Pichón-Rivière de enquadre). O grupo conta com a participação em média de vinte pacientes.

A partir dos relatos desses pacientes, analisaremos o significado de ressocialização e a importância da mesma na condição de internos.

Gostaríamos de destacar que não citaremos nomes dos entrevistados em nossos relatos, a fim de preservar a identidade das pessoas envolvidas.

### **3.5 Participação dos pacientes no grupo terapêutico**

#### **3.5.1 Participação dos pacientes nos grupos terapêuticos.**

**“...Eu me sinto uma pessoa bem legal ajudando os outros, podendo ajudar”**

**“... Gosto muito, pois abre a minha mente, assim o tempo passa mais rápido”.**

**“...O grupo me deu mais força para viver aqui dentro”**

**“... Me sinto útil, me da mais força para enfrentar essa barra”.**

### **3.5.2 O uso dos Medicamentos:**

**“O remédio me deixa impotente, é forte...”.**

**“Sinto muito sono quando tomo o remédio e a minha boca fica muito seca”.**

**“Me sinto meio tonto quando tomo o remédio”**

**“Ninguém aqui gosta de tomar esses comprimidos todos os dias”**

**“Os remédios é que me deixam louco”**

No decorrer do nosso trabalho, procuramos esclarecer o que são esses remédios e para que servem bem como sua importância na redução de risco de episódios futuros para que estes levem uma vida saudável e que possa retornar assim para seu ambiente tanto social como familiar.

“Quanto mais reflete sobre a realidade, sobre sua própria situação concreta, mais se torna progressiva e gradualmente consciente, comprometido a intervir na realidade para muda-la... Será graças à sua consciência crítica que ele assumirá cada vez mais esse papel de sujeito, escolhendo e decidindo, libertando-se, enfim” (MIZUKAMI, 1986, p.86).

**“Quando sair daqui eu mesmo vou controlar a hora de tomar os remédios, não mais minha mãe”.**

**“Se sair e não tomar o remédio, volta para a cadeia”.**

**“Não posso esquecer o remédio.”.**



**“... Não tivesse essa doença eu não ia ficar aqui, mas sou doente preciso de remédio”.**

**“É difícil, mas, sei que tenho que toma-lo”.**

Verificamos que após as conversas sobre os Neurolípticos houve significativamente uma melhora em sua expressão tanto facial e corporal como mental, tornando-se mais otimistas, não mais em “estado de nervos” percebendo uma carência no atendimento em esclarecimentos o que os tornavam impacientes, revoltados, pois estes são sem voz dentro da instituição e o que buscam são explicações e resolução para seus problemas.

### **3.5.3 O significado do “estar no HCTP”**

O doente mental busca a seu modo uma maneira de sobreviver dentro do hospital, porém persiste à vontade de ir embora. Daí o pensamento cada vez mais afastado da realidade, criando um mundo delirante vivendo na instituição e não tendo contato com o mundo lá fora.

**“Não tenho estímulos de viver aqui dentro”**

**“Me sinto impregnado, quero ir embora. Não agüento mais esta situação”.**

**“... Este lugar é para louco! Eu não sou louco. Meu lugar é lá fora, junto com a minha família”.**

**“Moça eu não sou louco, este lugar é que ta me deixando”.**

**“Me sinto muito nervoso aqui dentro, é a mesma coisa que estar na cadeia”.**

### 3.5.4 Expectativas de “alta- hospitalar”

Percebemos também uma grande ansiedade em relação a saída da instituição, pois o mundo dentro da instituição lhe é ameaçador, onde sua vivência, como paciente de hospital psiquiátrico é obrigado a se amalgamar de acordo com os padrões, os horários e as ordens médicas, não tendo sua própria opinião, internar uma pessoa portanto significa cassar-lhe a cidadania. Transforma-la em uma pessoa de segunda categoria, inferior e sem a possibilidade de livre - arbítrio.

**“Quero voltar para a minha família, tenho a minha vida lá fora”.**

**“... Quero sair, tomar refrigerante, sorvete, ir a praia, fazer todas as coisas que eu não posso aqui”.**

**“Me sinto melhor eu já to legal pra ir para a sociedade”.**

**“Pretendo voltar logo, pois tenho que trabalhar”.**

**“Acho que já estou bem, preciso voltar para minha família, minha mulher e meus filhos”.**

### 3.5.5 A importância da educação em saúde

Brandão (1992:14) destaca a educação em saúde no processo histórico, como elemento inerente a todo ser humano. Ela existe em toda parte, mesmo onde não há escola, na vida das pessoas. A vida que transporta de uma espécie para outra, dentro da história da espécie, os princípios através dos quais a própria vida aprende e ensina a sobreviver e evoluir com cada tipo de ser.

Promove uma melhora na qualidade de vida, enfatizando o auto- cuidado a higiene tanto pessoal como do próprio espaço físico, a fim de manter seu bem estar e sua vida, reforçando sempre a questão dos maus hábitos que fazem mal para a saúde, bem como também a ingestão de álcool (bebidas alcoólicas) e a vida sedentária trás consigo doenças.

**“Vou escovar todos os dias os dentes”.**

**“É muito importante lavar os alimentos com água limpa”.**

**“Ter boa saúde é não fumar, praticar esportes e não deixar a cabeça desocupada...”.**

Diante desta situação buscamos transformar entendimento em atitudes, estabelecendo-se a proibição do fumo no refeitório, havendo algumas contradições, mas conseguiu-se atingir o objetivo, que era estabelecer uma conscientização a respeito de que o ambiente é muito pequeno, fica muita fumaça, prejudica também o próximo que não fuma e naquele instante deixa de fumar um cigarro e assim sucessivamente.

**“Agora vou perder um pedaço da novela só pra ter que sair para fumar um cigarro lá fora”.**

**“Só duas pessoas não fumam aqui, não é justo ter que sairmos daqui só pra fumar...”.**

Ao final de cada encontro o grupo procurava expressar seus sentimentos e percepções em relação ao alcance dos objetivos, fazendo uma apreciação conjunta das ações desenvolvidas.

O que importa não é o tanto que se atinge, mas sim a reflexão que se permite fazer, a partir de um conhecimento que não foi construído por mim, mas sim pelo grupo, fruto da confiança, da reflexão, da ação, sendo este processo gradativo e contínuo.

O que se percebe diante dos relatos dos pacientes é que poucos se sentem tratados como seres humanos. No HCTP, a situação de “loucura” é negada e o sentimento de insatisfação é bem acentuado. O modo como vivenciam essas relações demonstra o pouco valor que dão a si mesmos, às pessoas que os cercam e as situações em que estão envolvidos.

Embora o hospital procure envolver os pacientes em diversas atividades, tais como: limpeza de enfermaria, rouparia, refeitório, oficinas terapêuticas, educação física, estamos cientes que isto é ainda insuficiente.

Constatamos que estes grupos são indispensáveis para a Ressocialização dos pacientes, sendo que sua principal finalidade é resgatar seu papel de cidadão.

Quanto às respostas referentes à alta hospitalar, notamos que existe uma grande ansiedade dos pacientes em relação a sua saída do HCTP. Durante um número variável de dias o hospital foi o seu ambiente. Independentemente do tipo de vida que cada um tinha antes da internação, todos anseiam pela data da saída, a fim de executarem o que planejam, a reconstituição de suas famílias e seu trabalho.

Como podemos ver são desejos simples que retratam, como quaisquer outras pessoas, que eles também querem reconhecimento como seres humanos, dando sua contribuição de acordo como o que sabem e com a disposição de aprender coisas novas.

A participação dos indivíduos nos grupos terapêuticos proporciona ajuda aos participantes no sentido de descentra-lo de si mesmo e situa-lo em relação ao outro, levando-o a se liberar das fixações e de seu egocentrismo, envolvendo pessoalmente na experiência do grupo, e pode, segundo seus ritmos, progressivamente, adquirir aprendizado, favorecendo com isso sua saúde mental.

A relação com grupos terapêuticos é uma forma de encontro, sempre com a finalidade de ajuda. Este contato não é superficial e ocasional, mas sim profundo e direcionado, porque promove mudanças no indivíduo que o compõe.

A interação humana, por meio da qual se dão os encontros, pressupõe ação mediada por processo comunicativo, onde as pessoas aprendem, exploram, dinamizam e compartilham símbolos e significados.

A interação ocorre em qualquer situação da vida e permite dividirem experiências, significados e refletirem sobre suas situações. Portanto, é parte integrante do processo de viver, porque ela permite compartilhar e é através desse processo de constante atividade que estruturas, organizações, ritos de cuidados e papéis sociais são desenvolvidos,

onde vão tornar a relação, “um espaço” onde surgem transformações, e crescimento positivo.

Entretanto seria muita pretensão nossa, acreditar que será possível reverter a situação de todos os internos do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, fruto de anos de institucionalização. Essa realidade não pode servir como justificativa, para convivência com esta situação.

Nós como profissionais, entendemos que é fundamental promover o resgate da cidadania para esses pacientes que estão vivenciando dificuldades sociais e que não conseguem manter sua própria subsistência cotidiana. É importante intermediar o processo de reabilitação de cada paciente, afim de que possam ser fortalecidas sua independência e autoconfiança, para um projeto de vida fora dos muros hospitalares.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (H.C.T.P) foi escolhido para esta pesquisa, por possuir no seu interior, uma problemática pouco debatida em relação ao transtorno “mental/delito” e a reinserção destes sujeitos na sociedade

As instituições psiquiátricas deixam transparecer sua face perversa, em cada homem, usurpando-lhes todos os direitos nos longos anos de reclusão.

Atualmente, o que se encontra, em posição de vanguarda num processo de reformulação de posturas, normas e direitos com estas pessoas, sejam elas envolvidas ou não, com transgressões às normas vigentes do direito civil ou criminal, é a reforma Psiquiátrica, que é entendida como um movimento de reavaliação de conceitos, procedimentos e cuidados no tratamento com as pessoas portadoras de transtornos mentais e conseqüentemente em defesa da assistência psiquiátrica não asilar.

Compreendemos ser a informação o melhor instrumento para mudanças concretas referentes à questão da saúde mental, sendo que uma das principais estratégias a ser trabalhada refere-se a desconstrução da loucura e a partir do modo de conceber o individuo em sua experiência e seu sofrimento específico. O objetivo principal do meu trabalho foi analisar como a participação do paciente no grupo tem colaborado no resgate de sua cidadania, de sua auto-estima e das relações com a família e a sociedade.

Os grupos terapêuticos são propostas de Ressocialização e intervenção em saúde mental que proporcionam aos usuários o resgate e a superação das dificuldades vivenciadas em suas experiências cotidianas e nos diferentes espaços que iram ocupar.

Cabe ao Serviço Social, juntamente com outros profissionais comprometidos na mudança dessa realidade institucional, trabalhar no sentido de democratizar as informações.

Enfim, vislumbrar possibilidades de transformação na prática junto à pessoas com transtornos mentais é discutir cidadania, é reconhecer o usuário como detentor de direitos, que precisam ser conquistados

A diminuição do estigma e preconceito permite aos portadores de transtornos mentais, aceitarem suas doenças, sem culparem a ninguém, nem a si próprios e buscarem o tratamento adequado, vivendo uma vida normal.

Na atitude de exclusão, a pessoa através do qual se manifesta o conflito familiar e social é mandada para longe ou ignorada, mesmo perto. No novo modo de trabalhar, a inclusão é pensada e trabalhada o tempo todo. Os agentes comunitários de saúde apóiam o tratamento nas casas, tornando-se referências para familiares e pacientes. Nas oficinas terapêuticas, CAPS e NAPS, a convivência comunitária e a criatividade são estimuladas e praticadas.

Excluídas pelo sistema econômico, que não oferece oportunidades iguais para todos promove a desigualdade, as pessoas nas áreas e classes sociais menos favorecidas têm muito mais riscos de desenvolver problemas mentais. Os profissionais ligados a saúde mental estão diante deste grande desafio, principalmente nós do Serviço Social, ou seja, trabalhar pela igualdade num mundo desigual.

No trabalho realizado como estagiária com o Grupo Terapêutico, ficou claro que para trabalhar com o portador de transtornos mentais e com a sua integração na sociedade, é fundamental trabalhar "o doente". Através de um apoio dado a estes, nos grupos terapêuticos, e com o serviço de apoio, a reinserção dos pacientes será uma realidade construída e não apenas um sonho.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

BASAGLIA, Franco. **Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. São Paulo: Brasil debates, 1979

BELLEI, Marisol. **Transtornos Mentais e o Serviço Social: a cidadania como processo da conquista de direitos fundamentais**. Florianópolis: UFSC, 1998.

CABRAL, A e Nick. **Dicionário Técnico de Psicologia**, 10 Ed. São Paulo: 1988.

CAMPOS, T.C.P. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo: EPU 1995.

CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura**, São Paulo: Ed USP 1988.

CHAUI, Marilena. **Convite à filosofia**, 9Ed. São Paulo: Ática 1997

DELMANTO, Celso. **Código Penal comentado**, Rio de Janeiro: Renovar 1986.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**, 14 Ed. Petrópolis, RJ: Vozes 1986.

GOFFEMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 3. Ed. São Paulo: Perspectivas, 1990.

HOLMES, David S. **Psicologia dos transtornos mentais**, 2. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas 1997.

MEDEIROS, João B. **Redação Científica**, 3Ed. São Paulo: Atlas 1997.

MELO, L.I. e outro. **História moderna e contemporânea**, São Paulo: Scipione 1993.

MERTON, Robert K. **Sociologia - teoria e estrutura**, São Paulo: Mestre Jou 1970.



MEDEIROS, Mônica. **Hospital de Custódia e Tratamento psiquiátrico -Experiência de um Grupo Vivencial**. Florianópolis: UFSC, 2001.

PACHECO, Mariléa: **A Ressocialização do Paciente Portador de Transtornos Mentais**. Florianópolis: UFSC, 1999.

PAIM, Isaias. **Curso de psicopatologia**, 11 Ed. São Paulo: EPU 1993.

PICHÓN-RIVIÉRI, Enrique. **O processo Grupal**. São Paulo: Hucitec, 1996.

REZENDE, Heitor. **Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica**. In: SEVERINO, A J. **Metodologia do trabalho científico**, 20 Ed. São Paulo: Cortez 1996.

SOAR FILHO, E. **Manicômio judiciário: a ambigüidade como traço da identidade institucional**. Grodiva, v. 10, maio 1990.

SZASZ, T. A **Fabricação da loucura**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1984.

TUNDS, Silvério Almeida, COSTA, Nilson do Rosário (ORG). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 2. Ed Petrópolis: Vozes, 1990, p30-60.

## **ANEXOS**

## **ANEXO 1**

I - DADOS PESSOAIS

DATA

NOME

FILIAÇÃO

PAI

MÃE

IDADE

DATA DE NASCIMENTO

ESTADO CIVIL

PROFISSÃO

ESCOLARIDADE

RELIGIÃO

POSSUI ALGUMA DOENÇA?

INICIOU QUANDO?

UTILIZA MEDICAMENTOS OU OUTRAS DROGAS?

II - NÚCLEO FAMILIAR

NOME

GRAU DE PARENTESCO

III - QUEIXA

## **ANEXO 2**

ROTEIRO PARA ENTREVISTA E AVALIAÇÃO

- 01 - NOME DO CLIENTE;
- 02 - PROBLEMA APRESENTADO;
- 03 - COMPOSIÇÃO FAMILIAR: (COM QUEM RESIDE).  
IDADE, SEXO DOS MEMBROS DA FAMÍLIA E OUTROS OCUPANTES DA CASA.
- 04 - SITUAÇÃO ECONÔMICA DO GRUPO FAMILIAR:  
(DADOS OBJETIVOS E VISÃO SUBJETIVA - OCUPAÇÃO, DINHEIRO).
- 05 - SITUAÇÃO PROFISSIONAL, CONDIÇÕES GERAIS DE TRABALHO E QUELIFICAÇÃO DO GRUPO FAMILIAR. (DADOS OBJETIVOS E VISÃO SUBJETIVA).
- 06 - GRAU DE INSTRUÇÃO DO GRUPO FAMILIAR; NÍVEL CULTURAL DO GRUPO FAMILIAR.
- 07 - CONDIÇÕES DE HABITAÇÃO (AMBIENTE FÍSICO: CASA, VIZINHANÇA, MOBILIDADE GEOGRÁFICA).
- 08 - HISTÓRIA E DINÂMICA FAMILIAR (CASAMENTO; SEPARAÇÃO, GRAVIDEZ, MORTES SIGNIFICATIVAS, ETC).
- 09 - PERCEPÇÃO E COMPORTAMENTO DO GRUPO FAMILIAR EM RELAÇÃO A SUA PROBLEMÁTICA:
- 10 - RELACIONAMENTO E PERCEPÇÃO DO GRUPO FAMILIAR, DO GRUPO EM RELAÇÃO A OUTROS GRUPOS.
- 11 - PERCEPÇÃO E CAPACIDADE DE ESTABELECEER RELAÇÕES ENTRE SUA PROBLEMÁTICA E A REALIDADE EXTERNA GLOBAL. (COMO PERCEBEM A REALIDADE)
- 12 - DESCRIÇÃO DO CLIENTE: COMO SE APRESENTA? APROVEITA O TEMPO? É SENSÍVEL? INTERESSADO? TEM CAPACIDADE DE INSIGHT?  
MOSTRA-SE DEPENDENTE DO SERVIÇO?  
É RESISTENTE EM REVER SUAS ATITUDES? O QUE MAIS O PREOCUPA? O QUE ESPERA DO SERVIÇO? COMO SE COMPORTA COM AS PESSOAS QUE O ACOMPANHAM À ENTREVISTA OU NO GRUPO COM OS DEMAIS MEMBROS?

ASSISTENTE SOCIAL



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA E CIDADANIA  
DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO PENAL - DIAP  
HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSQUIATRICO  
GERÊNCIA DE APOIO OPERACIONAL

CONSULTA

NA SUA OPINIÃO QUAIS AS MELHORIAS NA BASE FÍSICA DO HCTP, SÃO PRIORIDADES, ELABORE UMA LISTA POR ORDEM DE IMPORTÂNCIA.


NA SUA OPINIÃO LISTE QUAIS OS EQUIPAMENTOS MAIS NECESSÁRIOS AO HCTP, RELACIONE POR ORDEM DE IMPORTÂNCIA.


\_\_\_\_/\_\_\_\_/2001

\_\_\_\_\_  
NOME COMPLETO

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

## **ANEXO 3**





Presidência da República  
Casa Civil  
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO  
Jose Gregori  
José  
Serra

## **ANEXO 4**



## RELATÓRIO DAS DIFICULDADES DO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, órgão integrante do Sistema Penitenciário Estadual é subordinado à Diretoria de Administração Penal - DIAP da Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania, competindo ao mesmo de acordo com o Decreto nº. 4.283, de 27.02.1994:

**'art. 2º. - Ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado de Santa Catarina, compete:**

***I - realizar perícia psiquiátrica para fins de apuração de responsabilidade penal;***

***II - receber, para fins de tratamento psiquiátrico e por determinação judicial, os pacientes que apresentarem sintomas de doença mental no decurso de prisão provisória ou após sentença condenatória;***

***III - proceder exame de sanidade mental em detentos quando solicitados pela Autoridade Judiciária ou pelo Conselho Penitenciário do Estado;***

***IV - exercer outras atividade relacionadas com a natureza do Hospital e sua finalidade específica.'* (grifo nosso).**

2. O H.C.T.P. é o único órgão oficial de natureza Psiquiátrica Forense do Estado que realiza perícias destinadas a verificação da imputabilidade penal solicitadas por todas as Varas Criminais das diversas Comarcas de Santa Catarina, além de manter sob a sua custódia os cidadãos que são submetidos à Medida de Segurança e a tratamento psiquiátrico no curso de Processos Criminais ou posteriormente a decretação das sentenças judiciais.

3. O número de pedidos para exames (sanidade mental, dependência toxicológica, cessação de periculosidade e criminológico) cresce assustadoramente, sendo que 1999 foram registrados 1112 pedidos (atendidos aproximadamente 850) e neste ano, até a presente data, já contamos com mais de 850 solicitações que estão agendadas até maio de 2001.

4. Em contra partida o corpo técnico e administrativo desta Instituição vem diminuindo desde a sua inauguração em 1970, com transferências e aposentadorias de funcionários. Em resumo, estamos impossibilitados de realizar mais de 50% das perícias solicitadas a cada mês acarretando um acúmulo progressivo de trabalho com sobrecarregamento nos serviços.

5. O quadro de peritos do H.C.T.P. é composto na atualidade por apenas 03 (três) psiquiatras especialistas (chegou a ter nove peritos) na área forense que atendem aos pedidos de exames de sanidade mental, dependência toxicológica e cessação de periculosidade. Os peritos, necessariamente, precisam quando da elaboração dos laudos entrevistar os réus estudar minuciosamente aos processos, tarefa nada simples, considerando que na maioria das vezes tratam-se de pessoas gravemente enfermas, envolvidas em crimes hediondos. Outro fato a ser ressaltado é que por uma questão técnico-jurídica cada periciado precisa ser avaliado por dois profissionais, podendo ser solicitado a realização de exames clínicos complementares, cujo agendamento dependerá do SUS, uma vez não temos condições técnicas e operacionais para realizá-los. No HCTP não existe ao menos uma sala de pequenas cirurgias.

6. Na área clínica contamos com apenas 01 (um) clínico, com 02 (dois) psiquiatras (cedidos pelo Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina - IPQ) e uma psicóloga, que atende a todos os pacientes. Pela falta de mais médicos não existe sistema de plantão.

7. Nosso Setor de Enfermagem é chefiado por uma técnica em enfermagem, que conta para a realização dos trabalhos com mais um atendente de enfermagem, com um agente de saúde e três agentes prisionais.

8. No atendimento da segurança e limpeza recorre-se ao expediente da convocação de pessoal militar da reserva, na maioria das vezes elementos com idade avançada, cujas condições físicas não são compatíveis para o tipo de trabalho designado. A Instituição conta com um motorista que trabalha durante o dia e nas emergências temos os transportes são realizados por agentes de segurança.

9. O Serviço Social do H.C.T.P., em que pese todos os esforços, tem enfrentado sérias dificuldades para agilizar, organizar e implantar os trabalhos de ressocialização dos pacientes, pois não recebe verbas para os "encargos assistenciais". Os projetos de cursos (cestaria, papel reciclável, tear, etc), estão prejudicados pela falta de material e pagamento da mão de obra dos professores. O único veículo coletivo do HCTP, uma Kombi ano 1985, vem atendendo todas as necessidades e mesmo já não possui mais condições de transportar pacientes e funcionários com segurança, acaba sendo usada até mesmo como ambulância. Em virtude das condições de nossos veículos, estão suspensas as visitas domiciliares, que são primordiais para a manutenção dos laços entre família e pacientes.

10. A nossa estrutura física foi projetada em 1970 para atender no máximo 45 pacientes masculinos, elevando-se para 93 em virtude da crescente necessidade, sem os devidos investimentos, apenas foi ajustado o que já existia.

Nossa média de internamentos tem girado em torno de 97 (noventa e sete) internações ao mês, para cumprimento de medidas de segurança e tratamento, sem contarmos os pacientes que são atendidos no sistema de hospital-dia. Acima deste número temos que acomodar pacientes no chão, administrar a falta de medicamentos, de roupas de cama, de banho, de uso pessoal, de funcionários especializados e de uma melhor alimentação. No quadro funcional do Hospital não trabalha um nutricionista.

No conjunto dos 101 (-08 vagas) pacientes que se encontram internados na data de hoje no H.C.T.P., contamos com aproximadamente 20 (vinte) que estão compensados em suas doenças, em condições de alta médica, tendo cumprido as medidas de segurança imposta pela Justiça, porém, pela falta de decisão judicial, pela total falta de apoio sócio-familiar e financeiro, continuam em nossa Instituição, quando deveriam ser transferidos para os seus lares ou, talvez, para um asilo ou pensão vigiada.

Para estes pacientes e para aqueles que se encontram estabilizados em suas doenças a nossa equipe técnica vem desenvolvendo, com ordem da Vara das Execuções Penais da Capital, uma vez que não são previstas em lei, saídas programadas da Instituição. Nestas saídas supervisionadas, os pacientes realizam passeios à comunidade visitando pontos turísticos, supermercados, eventos, etc, de forma que possam desenvolver a sua cidadania e ressocialização.

Considerando as características de nossos pacientes, doentes que sem tratamento ambulatorial acabam descompensando, é significativo o número de restabelecimento das medidas de segurança em menos de um ano após o desinternamento, girando a rotatividade de internações por ano, próximo aos "20%" (vinte por cento). Com este percentual a espera por uma vaga no HCTP é de aproximadamente 01 ano e seis meses.

11. A Gerência Jurídica, setor responsável, entre outras atribuições pela marcação das perícias e concessão de vagas para internamentos, sofre diariamente grandes pressões de todos os setores judiciais, inclusive com ameaças de responder por crime de desobediência, fato que não ocorre em hipótese alguma, pois com a falta de espaço para internar pacientes e a falta de uma maior número de médicos peritos para realização dos exames não há como atender de imediato as dezenas de pedidos que chegam em nossos mãos semanalmente.

A Direção Geral do H.C.T.P. e as suas Gerências (Jurídica, Administrativa e Médica), tem buscado soluções junto aos seus superiores, porém, os resultados são demorados em virtude das dificuldades administrativas existentes que são notórias, dependendo-se de uma série de fatores que fogem de nossa alçada. Atualmente estamos aguardando o resultado/estudo das seguintes hipóteses que estão sendo tratadas diretamente pelo Sr. Secretário Adjunto da Secretaria da Justiça:

11.1. Aumento de peritos-médicos, através do credenciamento de profissionais do interior do Estado para a descentralização das perícias.



11.2. Criação (em conjunto Secretaria da Justiça e Secretaria de Saúde) de residências terapêuticas, conforme Portaria do MS de nr. 106, de 11.02.00, que acolham os paciente citados no item 10.

#### SUGESTÕES:

1. A ampliação da equipe técnica do HCTP, destacando as áreas médica (peritos-judiciais e médicos assistentes), de psicologia, de terapia ocupacional, de enfermagem, administrativa e de segurança (agentes de saúde);

2. Disponibilização de uma ambulância e de um veículo (caminhonete) para que se transporte com conforto e segurança os pacientes beneficiados com saídas temporárias do HCTP;

3. Inclusão na Lei de Execução Penal de um dispositivo que garanta aos pacientes estabilizados, sob orientação da equipe técnica do HCTP, saídas temporárias. Nestas saídas os pacientes poderão realizar visitas em datas festivas aos seus familiares ou passeios supervisionados por nossa segurança (supermercados, pontos turísticos, terapias fora da Instituição, etc). Estas saídas geram subsídios para os laudos de cessação de periculosidade e respectivo desinternamento ou manutenção do internamento;

Atualmente, conforme acima exposto, este programa já é desenvolvido com sucesso pelo HCTP, porém, estas saídas temporárias ocorrem excepcionalmente, dependendo única e exclusivamente da autorização do Sr. Juiz de Direito da Vara de Execução Penal da Capital. Havendo um entendimento diferente quanto aos objetivos do programa de recuperação de pacientes, outro Juiz poderá suspender, legalmente, as saídas;

3. Elaboração de um projeto visando a reorganização administrativa e de reformas das instalações prediais do HCTP, de forma que a Instituição possa atender as suas reais necessidades e as exigências da Portaria MS 224/92, que trata do credenciamento das instituições hospitalares junto ao SUS;

4. Incentivo aos projetos terapêuticos do HCTP, no sentido que se tornem rentáveis, de forma que nossa Instituição seja incluída no fundo rotativo penitenciário. Atualmente estamos trabalhando com oficinas de papel reciclável, cestaria, tear, que tem demonstrado ser viáveis.

5. A existência de uma previsão orçamentária dentro da Secretaria, para que sejam cobertas as despesas básicas como compra de medicamentos, roupas, material de higiene e de limpeza, sem atrasos e cancelamentos;

## **ANEXO 5**



## **Decreto 24562, de 14 de maio de 1985.**

Regulamenta os artigos 10 e 11, da Lei número 6320, de 20 dezembro de 1983, que dispõem sobre doença mental.

O Governador do Estado de Santa Catarina, usando da competência privativa que lhe confere o artigo 93, item III, da Constituição do Estado, e tendo em vista o disposto no artigo 72 da Lei número 6320 de 20 de dezembro de 1983.

Decreta:

### **Capítulo I**

#### **Das Definições**

Art. 1. Para efeitos do presente Regulamento termos e expressões a seguir são assim definidos:

I- ALTA HOSPITALAR- ato médico que configura a cessação da assistência médico-hospitalar.

II- ASSISTÊNCIA PRIMÁRIA- conjunto de ações que visam à resolução de conflitos individuais ou grupais e ou sintomas iniciais de uma perturbação mental.

III- ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA- conjunto de ações destinadas a prestar atendimento em saúde mental à população.

IV- CAPACIDADE BIOPSIKOSSOCIAL- condições físicas, biológicas, psíquicas e de relações sociais de uma pessoa.

V- CASOS DE EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA- estados de doença mental aguda em que existe situação de periculosidade para a pessoa ou para terceiros.

distúrbios de comportamento do indivíduo, incompatíveis com a vida social e que exigem uma assistência psiquiátrica imediata.

VI- CASOS DE EVASÃO - fuga de um doente mental de um estabelecimento de saúde onde estava internado sob tratamento.

VII- DEFICIENTE MENTAL- pessoa que se caracteriza pôr apresentar um nível de inteligência abaixo da média dos padrões considerados normais, dificultando a sua adaptação ao meio social, família e laborativo.

VII- DEPENDÊNCIA- alteração do comportamento que se caracteriza pôr uma compulsão a tomar droga, de modo contínuo ou periódico a fim de experimentar seus efeitos psíquicos ou para evitar o desconforto produzido pela privação ou abstinência.

IX- DEPENDENTE DO USO DE SUBSTÂNCIAS TÓXICAS OU ENTORPECENTES- indivíduos que em decorrência do uso abusivo de drogas, como pôr exemplo medicamentos, álcool, estimulantes e outros, desenvolve dependência física, psíquica, emocional, hábito, vício, toxicomania ou farmacodependência.

X- DESAJUSTADOS SOCIAIS- pessoas cujo comportamento não se ajusta às normas do meio em que vivem.

XI- DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRECOCE- abrange os processo que visam a diminuir a duração, os efeitos e as conseqüências dos distúrbios psiquiátricos comprovados.

XII- DOENÇA MENTAL- caracteriza-se pôr um estado de desequilíbrio psicológico com repercussões na esfera emocional e na função adaptativa de uma pessoa ao meio em que vive.

XIII- ESTADO PSICÓTICO- situação de doença mental que se caracteriza pôr distorção do senso de realidade, inadequação e falta de harmonia entre pensamento e efetividade, acompanhada frequentemente de alucinação e idéias delirantes.

XIV- GUIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR- autorização pelo órgão previdenciário ou congênere, da realização dos serviços médicos e hospitalares, de modo a permitir sob regime de internação, a observação, o diagnóstico e o tratamento adequado, das condições que determinaram a sua solicitação.

XV- HOSPITAL FORENSE OU MANICÔMIO JUDICIÁRIO- estabelecimento especial destinado ao recolhimento de pessoas encaminhadas por determinação judicial e que além do cumprimento do que lhes é imposto pela justiça, também proporciona à pessoa tratamento médico-psiquiátrico. São encaminhadas para este tipo de estabelecimento pessoas que cometem delitos na vigência de doença mental ou que, por sua condição de periculosidade, necessitem medida de segurança ou que lhes seja determinada avaliação especializada para fim de emissão de laudo judicial para caracterização do grau de insanidade mental.

XVI- INCOMPATIBILIDADE COM A VIDA SOCIAL- caracterizada por graves distúrbios de comportamento que resultam em ações que transgridem as leis e normas do meio social em que a pessoa vive, exigindo a assistência médica psiquiátrica especial.

XVII- PACIENTE- pessoa que está sob ou necessita de cuidados médicos.

XVIII- PACIENTE AGUDO- paciente com estado patológico de início súbito, acompanhado de um conjunto de sintomas psíquicos, que exigem assistência psiquiátrica imediata.

XIX- PACIENTE CRÔNICO- paciente que após esgotados todos os recursos terapêuticos indicáveis, não mostra recuperação e permanece com dificuldades de ajuste ao meio sócio-familiar exigindo uma assistência psiquiátrica constante.

XX- PACIENTE EGRESSO- todo o paciente com alta de hospital psiquiátrico e que necessita tratamento ambulatorial posterior

XXI- PACIENTE INTERNADO VOLUNTARIAMENTE- situação em que uma pessoa achando-se mentalmente enferma, procura de livre e espontânea vontade, em regime de internação hospitalar que esta internação só pode acontecer

quando justificada pôr um quadro clínico compatível com tal ato e depende de avaliação médica.

XXII- PENSÃO PROTEGIDA OU LAR PROTEGIDO- estabelecimento funcionalmente ligado a um hospital psiquiátrico que tem como finalidade atender a situação de transição entre o hospital e a plena reintegração social, onde os pacientes que ainda não possam desfrutar de uma vida comunitária plena e já não precisem mais de hospitalização, permanecem provisoriamente em ambiente supervisionado.

XXIII- PERICULOSIDADE- condição em que o paciente põe em risco sua própria vida ou de terceiros, apresentando potencialidade para os crimes contra a propriedade e / ou contra as pessoas.

XXIV- PESSOA- pessoa física ou jurídica de direito público ou privado.

XXV- PREVENÇÃO- todas as medidas que objetivam reduzir a ocorrência de doença nas populações.

XXVI- PROCESSO TERAPEUTICO- tratamento a que se submete uma pessoa enferma e que é resultado da internação terapeuta/ paciente. Entende-se pôr terapeuta, em saúde mental, a pessoa que em determinado momento executa ação de tratamento dirigida a um paciente ou enfermo, como o médico, o psicólogo, o enfermeiro e o assistente social.

XXVII- REABILITAÇÃO- compreende as técnicas que objetivam evitar e /ou minimizar a incompatibilidade com a vida social do paciente.

XXVIII- RECORRER DA DECISÃO DO MÉDICO- situação em que um paciente internado em estabelecimento psiquiátrico, tem o seu pedido de alta negado pelo médico que o atende, cabendo nesta circunstância o direito do paciente de dirigir-se ao Diretor do Hospital que, mediante parecer de um especialista ( psiquiatra) preferentemente do serviço público e que não pertença ao corpo clínico do Hospital, tomará as providências cabíveis.

XXIX- RECUPERAÇÃO DA SAÚDE MENTAL- retorno ao estado normal de funcionamento das atividades psíquicas de um pessoa, perturbada pôr algum fator.

---

dentro do que se configurara como normalidade psíquica num determinado contexto social, cultural e moral. A recuperação é parcial quando persistem defeitos de ordem psicológica que exigem alguma forma de atenção, mas que podem permitir o retorno da pessoa ao seu meio de origem. A recuperação é total quando a pessoa é capaz, de acordo e dentro de seu meio, de exercer plenamente as suas funções psíquicas.

XXX- SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE- aqueles que, no mínimo, providenciam:

a)- educação no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle;

b)- promoção da nutrição apropriada;

c)- provisão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico;

d)- cuidados de saúde materno- infantil;

e)- imunização contra as principais doenças infecciosas;

f)- prevenção e controle de doenças endêmicas;

g)- tratamento apropriado de doenças e lesões comuns;

h)- fornecimento de medicamentos essenciais.

XXXI- SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL- organização ou estabelecimento que tem pôr finalidade prestar assistência psiquiátrica à população.

Art. 2.- As definições apresentadas no artigo anterior tem pôr finalidade explicar e facilitar a compreensão do texto legal não esgotando os conceitos respectivos, nem afastando outras definições legais ou científicas aplicáveis, especialmente no que diz respeito à educação em saúde, apuração de infração, aplicação de penalidades, ao reconhecimento de direitos e estabelecimento de deveres.